MÉDECINE
LÉGALE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET, RUE JACOB, 30.

MÉDECINE LÉGALE,

THÉORIQUE ET PRATIQUE.

Par **ALPH. DEVERGIE**,

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE CHIMIE MÉDICALE, MÉDECIN
DES HÔPITAUX DE PARIS;

AVEC LE TEXTE ET L'INTERPRÉTATION DES LOIS RELATIVES
A LA MÉDECINE LÉGALE;

REVUS ET ANNOTÉS

Par J.-B.-F. DEHAUSSY DE ROBECOURT,

Conseiller à la Cour de Cassation, chevalier de l'ordre royal
de la Légion-d'Honneur.

DEUXIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE.

TOME PREMIER.



PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17;

LONDRES,
H. Baillière, 219, Regent Street.
LEIPZIG,
Brockhaus et Avenarius, Michelsen.

LYON,
Savy, 49, quai des Célestins.
FLORENCE,
Ricordi et Cie, libraires.

MONTPELLIER. Castel, Sevalle.

1840.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

INTRODUCTION.

Medici propriè non sunt testes, sed est magis judicium quam testimonium (Digeste).

Mahon et Fodéré ont défini la médecine légale, l'art d'appliquer les connaissances et les préceptes des diverses branches principales et accessoires de la médecine, à la composition des lois, et aux diverses questions de droit, pour les éclaircir et les interpréter convenablement.

Cette définition pèche en ce point que le médecin légiste n'a pas mission d'éclairer ou d'interpréter des questions de droit.

M. Prunelle a proposé la définition suivante, adoptée par M. Orfila dans la première édition de ses *Leçons de médecine légale :* La médecine légale est l'ensemble systématique de toutes les connaissances physiques et médicales qui peuvent diriger les différents ordres de magistrats dans l'application et dans la composition des lois.

Cette définition manque d'exactitude.

1° Sous le nom de magistrat, on doit entendre l'officier établi pour rendre la justice ou maintenir la police; par conséquent, les différents ordres de magistrats sont les juges, les procureurs du roi, les préfets, les maires, les commissaires de police. Or, ni les uns ni les autres ne composent les lois, donc la médecine légale ne dirige pas les différents ordres de magistrats dans la composition des lois.

2° Un médecin ne peut pas diriger un magistrat dans l'application des lois; car l'application de tel ou tel article de la loi est une question de droit qui ne peut être résolue que d'après plusieurs ordres de renseignements :

Il faut qu'il y ait un corps de délit, le médecin le constate;

Il faut qu'il y ait un coupable, les jurés le désignent;

Un crime ayant été commis dans telle ou telle circonstance, tel ou tel article de loi s'y rapporte; les juges déterminent cette application, et résolvent les diverses questions de droit qu'elle peut faire naître.

Le médecin ne dirige donc pas le magistrat dans l'application des lois; il éclaire les jurés sur l'existence d'un crime, et quelquefois sur la culpabilité de l'accusé, mais il n'éclaire qu'indirectement le magistrat dans l'application des lois.

M. Orfila a renoncé à la définition de M. Prunelle dans la dernière édition de ses Leçons de médecine légale. Il lui a substitué la suivante :

La médecine légale est l'ensemble des connaissances médicales propres à éclairer diverses questions de droit, et à diriger les législateurs dans la composition des lois.

L'ensemble des faits qui se rattachent à la confection des lois constitue la médecine législative, l'ensemble des faits qui se rattachent aux lois existantes constitue la médecine légale.

Il nous est impossible d'adopter cette définition, et, d'après ce que nous venons de dire sur la précédente, on en sentira les motifs. Quoique préférable à celle de M. Prunelle, elle est encore inexacte. Voici celle que nous proposons :

La médecine légale est l'art d'appliquer les *documents que nous fournissent les sciences physiques et médicales, à la confection de certaines lois, à la connaissance et à l'interprétation de tous les faits médicaux en matière judiciaire* (1).

La partie de cette science qui a trait à la confection des lois est d'une application fort rare. Cependant on ne peut nier son existence, ainsi que l'ont fait quelques avocats, car nous en avons une preuve toute récente : sur le point d'organiser l'exercice de la médecine en France, le ministre de l'intérieur a consulté les

(1) Pour être conséquent à cette définition, que nous croyons préférable aux précédentes, nous aurions dû traiter dans cet ouvrage des questions qui se rapportent directement à la confection des lois, à l'égard desquelles les lumières de la médecine ont dû être invoquées par le législateur. Or, ces lois ne sont pas à faire, elles existent; ces questions ne sont plus à résoudre, elles sont résolues : on les trouve consignées, soit dans les exposés des motifs des différents articles de notre Code, soit dans les principaux Traités de droit et de jurisprudence. Nous n'avons donc pas cru devoir entrer dans un développement à l'égard de la première partie de notre définition, mais nous attacher exclusivement à la seconde.

facultés de médecine, l'académie et le corps des médecins, avant de présenter un projet de loi aux chambres sur ce sujet. Les lois qui ont trait au mariage et à l'hérédité, celles qui déterminent l'époque à laquelle l'homme agit sciemment, ont certainement été faites avec le secours de la médecine, et il n'en pouvait être autrement, puisque ces lois découlent de principes physiologiques. Toutefois, nous devons le dire, les circonstances dans lesquelles le médecin est appelé à éclairer de ses lumières les législateurs sont rares et en raison des besoins qui se font sentir; aussi est-il difficile de traiter à part de cette partie de la médecine légale.

Il n'en est pas de même de celle qui a pour objet la connaissance des faits et leur interprétation; tous les jours les médecins sont appelés par les magistrats à examiner des corps de délit et à les interpréter. Afin de faire sentir que cette partie de notre définition est exacte et aussi rigoureuse que la première, il nous suffira d'exposer la marche que suivent les affaires criminelles et de police correctionnelle, ainsi que le rôle que remplit le médecin expert dans ces sortes de cas.

Prenons un exemple : un homme est trouvé mort dans sa chambre. Un officier de police judiciaire requiert un médecin de venir constater le décès et le genre de mort. Existe-t-il des traces de blessures faites pendant la vie? le médecin les fait connaître, et, sans prendre de conclusion positive sur le genre de mort, il se borne à décrire ce qu'il a observé extérieurement, en faisant sentir la nécessité de l'ouverture du corps.

Son rapport est envoyé au procureur du roi, et, d'après les soupçons qui peuvent s'élever sur l'existence d'un crime, celui-ci, ou un juge d'instruction saisi de l'affaire, désigne deux médecins pour procéder à l'ouverture du corps, soit en sa présence, soit en celle de son délégué. De là un rapport nouveau : dans ce second rapport, comme dans le premier, on ne voit qu'une exposition et une interprétation de faits, lesquelles donnent lieu à des conclusions. Ces deux rapports peuvent quelquefois offrir de l'incertitude, soulever des difficultés. Pour les résoudre, le juge d'instruction charge deux ou un plus grand nombre de médecins de donner leur avis sur les deux rapports

précédents, et en même temps il leur communique toutes les pièces de l'instruction qui peuvent les éclairer. Ceux-ci rédigent alors une consultation médico-légale, dans laquelle ils discutent et interprètent des faits pour en tirer des conclusions contre ou à l'appui de celles qui ont été prises par les premiers experts.

Muni de ces pièces, le juge d'instruction s'entoure de toutes les preuves testimoniales, et fait une narration fidèle des dépositions à charge et à décharge; il la soumet à la chambre du conseil, composée de trois juges du tribunal de première instance, qui détermine s'il y a lieu à suivre l'affaire. Dans le cas de l'affirmative, la chambre du conseil décide encore si l'affaire doit être renvoyée en première instance (chambre de police correctionnelle), ou en cour royale.

Supposons le cas le plus grave, celui qui est du ressort des assises: le procureur général présente en personne, ou par l'intermédiaire de l'un de ses substituts, toutes les pièces de l'instruction à la chambre des mises en accusation, composée de conseillers de la cour royale, et c'est lorsque cette chambre a décidé qu'il y a lieu à suivre que le prévenu est amené sur les bancs de la cour d'assises.

Arrive bientôt le jour d'audience, et alors tous les médecins qui ont été désignés, soit par le commissaire de police, soit par le juge d'instruction, pour faire des rapports, comparaissent successivement à titre de témoins. Les rapports écrits faits dans le cours de l'instruction étant considérés lors des débats oraux comme ne constituant que de simples renseignements, ils déposent de tout ce qu'ils ont observé et relaté dans leurs procès-verbaux. Ils répondent en outre à toutes les questions qui peuvent leur être faites, soit par les jurés, soit par les juges, soit par le procureur du roi. Ces diverses questions résultent le plus souvent des dépositions de témoins entendus, ou consistent dans des éclaircissements à donner sur de nouveaux faits. Enfin les débats sont clos.

Quel a été le rôle des médecins pendant toute cette procédure? Ils ont relaté des faits, ils les ont interprétés et en ont tiré des conséquences; mais jamais ils n'ont eu à s'immiscer dans une seule question de droit.

Aussi est-ce avec raison que nous avons défini la médecine légale, l'art d'appliquer les documents que nous fournissent les sciences physiques et médicales, à la confection de certaines lois, à la connaissance et à l'interprétation des faits médicaux en matière judiciaire.

Le but de la médecine légale est donc d'observer des faits qui ressortent du domaine de la médecine, de la chirurgie, de l'art des accouchements, de la physique, de la chimie, de la botanique, de la pharmacie, de l'histoire naturelle, en un mot de presque toutes les sciences.—En tirer toutes les conséquences qui peuvent éclairer les magistrats sur l'existence ou la non-existence d'un crime ou d'un délit.

L'observation et le raisonnement sont donc les qualités indispensables d'un médecin légiste. Il faut en outre qu'il possède des connaissances très variées; il faut surtout que, sourd à toutes les passions, il juge avec la plus sévère impartialité, afin que, rigoureuses comme la nécessité, ses conclusions découlent du raisonnement le plus sain et de l'observation la plus scrupuleuse des faits.

La plus grande analogie n'existe-t-elle pas entre la médecine et la médecine légale? Toutes deux observent des faits, toutes deux en tirent des conséquences; toutes deux concluent: de l'une dépend la vie des individus; de l'autre, un bien plus précieux encore que l'existence, l'honneur.

Mais s'il y a un tel rapport entre ces deux sciences, il en résulte nécessairement qu'elles doivent être étudiées de la même manière.

Recherchons donc si les élèves suivent aujourd'hui, pour devenir médecins-légistes, la marche qu'ils adoptent pour devenir médecins.

Dès son entrée dans la carrière médicale, l'élève qui veut devenir médecin praticien se rend dans les hôpitaux. D'abord pour lui tout est obscurité; mais bientôt, aidé des lumières et de l'expérience de ses maîtres, il observe avec plus de fruit; écoute toutes les doctrines sans exclusion d'aucune; juge les maladies; prévoit les suites qu'elles peuvent avoir; remarque avec un soin infatigable l'action des médicaments; et c'est après avoir ainsi

long-temps et soigneusement observé qu'il se présente avec confiance au lit des malades livrés plus tard à ses soins.

Si cette marche est la plus sûre pour celui qui vise à devenir médecin, pourquoi donc ne serait-elle pas celle de l'élève qui veut devenir médecin légiste? Et cependant si nous portons nos regards sur la manière dont la médecine légale est enseignée en France, nous ne verrons partout que des cours du genre de ceux qui constituent la théorie de la médecine. Dans ces cours, rien de pratique, à l'exception peut-être de la toxicologie ; et encore en quoi consiste cette importante partie du cours ? en une succession de précipités qui apparaissent et disparaissent aux regards étonnés des élèves. Mais pas un d'eux n'est appelé à faire une expérience chimique, à examiner un noyé, un pendu, un asphyxié. Nous sommes donc entièrement fondé à affirmer qu'il manque un enseignement médico-légal qui corresponde à la clinique des hôpitaux, et où les élèves puissent trouver la même instruction pratique qu'en médecine.

Enfin, et nous le disons à regret, il n'y a que bien peu de personnes qui cultivent d'une manière spéciale la médecine légale; il semble que dès que l'on est médecin, on est en même temps et incontestablement médecin légiste. Quelques hommes, même du plus grand mérite, ne voient de difficultés dans cet art, que pour ce qui a trait à la toxicologie ; et pour eux, hors cette dernière science, tout est vague, tout est incertain. Ce jugement ne peut être la conséquence que de trois choses : ou de l'ignorance de ces médecins dans la matière de la médecine légale ; ou, au contraire, d'un défaut de connaissance en chimie; ou de leur prédilection pour des faits chimiques avec lesquels ils sont plus familiers; car ces deux extrêmes conduisent absolument aux mêmes résultats.

Il est cependant facile de démontrer, premièrement, que la toxicologie n'est, eu égard à ses applications pratiques, qu'une faible partie de la médecine légale; car il suffit de rappeler que si la science toxicologique comprend un grand nombre de poisons, la toxicologie pratique ne porte pas sur plus de vingt substances vénéneuses différentes, qui se reproduisent dans tous les cas d'empoisonnement ; secondement, que la médecine légale

constitue un art à part. Il nous suffirait de citer quelques exemples pour prouver cette seconde proposition : nous en choisirons un aussi simple que frappant. Une blessure a été faite ; un chirurgien est appelé, un expert est commis par la justice. Le premier se propose un seul but, guérir la blessure ; à cet effet, il recherche si elle peut amener une hémorrhagie grave pour le malade, et si elle nécessite quelque opération propre à la prévenir ; si elle peut être guérie par première intention, ou si, au contraire, il est préférable d'en diriger le traitement dans le but de la faire suppurer. A-t-elle entraîné quelque fracture avec esquilles? il examine si le membre peut être conservé au malade, ou si l'amputation doit être faite. S'y est-il introduit quelque corps étranger? il s'attache à l'enlever pour faciliter la guérison. En un mot, c'est dant le but seul de l'*ars sanandi* que le chirurgien va diriger toutes ses observations. Le médecin légiste, au contraire, laissant de côté le traitement de la lésion, examine d'abord l'aspect de la blessure et sa forme, dans le but de savoir l'espèce d'arme qui l'a produite. Il la mesure, pour en déduire, dans quelques cas, la largeur de l'instrument employé. Il en sonde la profondeur autant que les règles de l'art chirurgical le permettent, afin de donner la mesure de la distance à laquelle l'instrument perforant a été introduit. Il recherche, d'après le nombre des hachures que présentent les lèvres de la plaie, combien de coups ont été portés. Il examine avec soin chaque angle de la blessure, afin de savoir si l'instrument employé était à un ou à deux tranchants. Il explore la direction de la plaie, afin de juger dans quelle situation l'arme a pénétré, et aussi pour déterminer si la plaie a été le fait d'un suicide, d'une simulation de meurtre ou d'un assassinat; et, si la blessure a été faite par une main étrangère, dans quelle situation était l'assassin par rapport à sa victime, etc., etc. Il passe ensuite aux résultats matériels de la blessure, et juge des conséquences qu'elle pourra avoir par rapport au malade; le tout en restant simple spectateur du blessé sous le rapport du soulagement ou de la guérison qu'il est en droit d'attendre de l'art de la chirurgie. Il n'y a donc pas à mettre en doute qu'une expertise, dans un cas de ce genre, qui serait faite isolément par un chirurgien et par un médecin

légiste, également habiles et expérimentés, ne fournisse plus de données utiles à la justice alors qu'elle sortira des mains du dernier, que de celles du premier. Ce que nous venons de dire pour un cas chirurgical est également applicable à l'examen d'un corps de délit se rapportant à la médecine. C'est qu'en effet chaque personne étudie la matière et l'envisage sous le point de vue du devoir qu'elle est appelée à remplir. — Mais la médecine légale a de plus son domaine tout spécial qu'elle s'est créé par des recherches faites dans le but qu'elle se propose. Une autopsie judiciaire a ses règles à part, et elle diffère des ouvertures de corps que l'on fait habituellement. Que ferait un médecin en présence d'un corps de délit à l'occasion duquel s'élèverait la question de savoir depuis combien de temps date la mort, s'il n'avait fait une étude particulière des phénomènes de la putréfaction? Tant d'autres questions sont dans le même cas! celles qui se rapportent au viol sont en dehors de la médecine et de la chirurgie proprement dites; la recherche d'un corps de délit en matière d'infanticide est toute spéciale; les questions relatives à l'impuissance sont souvent étrangères à beaucoup de médecins; il en est de même de celles qui se rattachent à l'exposition, à la supposition, à la substitution ou à la suppression d'enfant; de celles qui se rapportent à la viabilité, à l'asphyxie par submersion, par strangulation, par suspension, à l'aliénation mentale, etc., et à tant d'autres matières qui doivent faire l'objet d'une étude toute particulière. Dans la supposition même où les faits à connaître seraient identiques, ils constitueraint encore un art à part, à cause de la manière dont il faudrait les interpréter.

Si maintenant nous abordons les questions d'empoisonnement, nous trouverons à y établir une spécialité nouvelle. Mais, dira-t-on, c'est ici l'affaire d'un chimiste et non pas d'un médecin. Cette objection est tout-à-fait erronée, et il nous est facile de prouver : qu'il ne suffit pas d'être chimiste pour être toxicologiste; qu'il est aussi nécessaire d'être médecin que d'être chimiste; que, de plus, il faut être chimiste, s'occupant spécialement de la recherche des poisons.

La première proposition pourrait être démontrée par des faits; je m'abstiendrai de les citer, car il faudrait faire connaître

des noms qui font autorité dans la science, en même temps que les erreurs commises. Qu'il me suffise de dire que dans certaines circonstances les hommes du plus grand mérite en chimie ne peuvent pas constater par leur analyse la présence de l'oxide blanc d'arsenic dans les voies digestives à cause de la matière animale avec laquelle il est mêlé. Pour la seconde, en admettant même que dans tous les cas un chimiste pût reconnaître la présence des substances vénéneuses, je dis que s'il n'est pas médecin, ou s'il n'est pas aidé des lumières d'un médecin, il fera commettre des erreurs à la justice. Il ne suffit pas, en effet, de constater la présence d'un poison dans l'estomac pour déclarer que la mort a été la conséquence de son introduction dans cet organe; il faut de plus y reconnaître les altérations pathologiques que ce poison a entraînées à sa suite, car la matière aurait pu être introduite après la mort. Tel poison qui est absorbé ne se retrouve plus dans l'estomac, mais dans l'urine ou dans le sang; il faut que le toxicologiste sache qu'il doit principalement diriger ses recherches sur ces liquides. Telle matière vénéneuse produit des altérations tellement spéciales, qu'à leur vue seule on juge de la nature du poison; tel autre simule, par les altérations organiques qu'elle produit, un empoisonnement par une substance qui n'a que peu d'analogie avec elle. Enfin, quant à la troisième, personne n'ignore que la chimie animale est encore dans son enfance; et le chimiste habile à faire une analyse minérale, alors qu'elle roule sur des mélanges de matières du même règne, sera quelquefois embarrassé quand il s'agira de reconnaître une substance de cette nature qui se trouvera placée au milieu de matières animales, qui, par leur composition, leur couleur, l'état de putréfaction dans lequel elles se trouvent, les phénomènes particuliers qu'elles produisent dans leur contact avec les différents réactifs chimiques, viendront modifier les résultats journaliers des analyses qui sont propres à la faire reconnaître. Par conséquent la toxicologie veut être faite par un homme à la fois médecin et chimiste, et qui de plus ait donné à ses études une direction toute spéciale vers ce but.

Les développements dans lesquels nous venons d'entrer nous conduisent à rechercher si les hommes chargés aujourd'hui de la

pratique de la médecine légale remplissent les conditions que nous croyons nécessaires au médecin-légiste: nous ne le pensons pas. Le choix des experts est entièrement dévolu aux magistrats. Les art. 43, 44 et 81 du C. d'instr. crim. leur laissent toute latitude à cet égard. Qu'arrive-t-il? qu'ils confient à leur propre médecin, ou à ceux qu'ils croient jouir d'une réputation en médecine, les expertises médico-légales. Or, d'une part, tel homme peut être excellent praticien et fort mauvais médecin-légiste; d'une autre part, on sait que les réputations acquises dans le monde ne sont pas toujours justifiées par le mérite et par l'instruction. On serait peut-être porté à croire que dans les grandes villes ce choix repose sur des bases plus certaines, il n'en est rien: tous les premiers rapports, c'est-à-dire ceux qui pourraient souvent fournir le plus de lumières, sont confiés à des médecins désignés par les commissaires de police, qui, en général, choisissent ceux qui sont le plus à leur portée. Telle est aujourd'hui la pratique de la médecine légale. Il en résulte deux ordres d'inconvénients graves: 1° les rapports sont en général mal faits; les ouvertures de corps sont incomplètes; les inductions que l'on tire des faits sont erronées ou inutiles; 2° tous les faits sont perdus pour la science; car celui qui ne fait pas de la médecine légale un objet spécial, attache peu d'intérêt aux expertises; il se hâte de les terminer, d'en dresser un rapport, et perd ainsi pour lui et pour les autres tout le fruit que l'on pourrait retirer de la publicité. C'est, à n'en pas douter, à cette cause qu'il faut attribuer la marche lente de la partie théorique de cet art. Quand Devaux fit son traité sur les rapports, il fut lu avec avidité; il ne contenait que des faits; c'est que, dans les cas difficiles, l'homme a besoin de trouver des analogues pour établir son jugement. C'est là ce qui manquait à la médecine légale. Pourquoi l'ouvrage de Morgagni est-il si souvent consulté en médecine? c'est qu'il est une source inépuisable de faits et d'expérience médicale. Aujourd'hui que l'observation en médecine est la première condition des études, on recherche avec avidité tous les ouvrages cliniques, et on acquiert une solidité de diagnostic bien plus grande qu'on ne le faisait autrefois.

On objectera peut-être que chaque cour royale a choisi ou

désigné sous le titre d'experts un certain nombre de médecins, et que nous nous élevons à tort contre le mode adopté et laissé à l'arbitraire des juges. La réponse à cette objection sera facile : sur douze médecins qui constituent la liste de la cour royale de Paris, il n'y en a qu'un seul qui se soit occupé de médecine légale d'une manière spéciale, et il n'est plus employé même par la cour. Ainsi donc notre observation reste tout entière. Et cependant on lit dans les instructions publiées par le garde des sceaux en 1826, en regard du décret du 18 juin 1811, art. XVII :

« Les magistrats et les officiers de police judiciaire ne sauraient apporter trop de soin dans le choix des gens de l'art dont ils peuvent se faire assister en vertu des art. 43 et 44 du Code d'instruction criminelle pour constater le corps du délit. Les opérations de médecine légale surtout exigent cette précaution; elles sont souvent difficiles et délicates, et elles ont une grande influence sur le jugement des affaires les plus graves. C'est un double motif de ne les confier qu'à des hommes instruits, expérimentés et capables de les bien faire. Les erreurs et les méprises qui se commettent au moment du flagrant délit sont trop souvent irréparables ; et quand il serait toujours possible de recommencer avec succès ce qui a été mal fait dans le principe, il en résulterait toujours un surcroît de dépense qu'on aurait prévu par un choix plus éclairé. »

Pour guider dans ce choix important les officiers de police inférieurs, chaque procureur du roi pourrait choisir à l'avance les médecins véritablement dignes de sa confiance, dans chaque commune ou dans chaque canton, et en envoyer la liste à ses auxiliaires, en leur recommandant de les appeler exclusivement pour les opérations qu'ils seraient dans le cas de requérir avant d'avoir pu en référer au procureur du roi. Ces médecins, jaloux de répondre dignement au témoignage d'une honorable confiance, se livreraient d'une manière plus spéciale à l'étude des matières médico-légales, et l'on aurait ainsi assuré la régularité des opérations qui servent souvent de base aux procédures criminelles.

Que si nous portons nos regards vers l'Allemagne, nous y verrons une tout autre organisation médico-légale ; là, un cer-

tain nombre de médecins portent le titre de médecins-physiciens; ils sont chargés de tous les rapports judicaires; ils y sont distribués en trois degrés, et de telle manière, que quand un rapport est fait par un médecin du troisième degré, il est envoyé au médecin du deuxième, puis à celui du premier; de sorte que chacun d'eux sanctionnant ou improuvant les faits du rapport, il en résulte pour la justice deux avantages: d'abord c'est un homme qui s'occupe spécialement de médecine légale qui a fait les premières observations; ensuite, dans la supposition où il n'en aurait pas tiré des conséquences exactes, ou toutes les conséquences possibles, les faits sont interprétés de nouveau par des hommes d'un mérite reconnu.

Pourquoi n'adopterait-on pas un mode pareil en France, mode qui d'ailleurs a déjà reçu son exécution à une époque fort reculée de nous, et qui ne s'est discrédité que parce que les charges en sont devenues vénales? Pourquoi les trois facultés du royaume ne désigneraient-elles pas des médecins de départements, ou attachés aux cours royales; des médecins d'arrondissements, ou attachés aux tribunaux de première instance; et enfin des médecins de cantons, qui seraient mis à la disposition des maires, juges de paix, commissaires de police ou officiers de gendarmerie? Ces titres non rétribués seraient bientôt recherchés avec avidité; car ces médecins, choisis par une faculté pour remplir de pareilles fonctions, seraient désignés à l'opinion publique comme possédant une somme d'instruction plus grande ou au moins une instruction toute spéciale, et ils trouveraient dans la confiance de leurs concitoyens une récompense à des études plus médicales, plus complètes et plus pénibles.

La science elle-même y gagnerait beaucoup de faits, et seulement alors on pourrait chiffrer ces grands enseignements de l'expérience, qui constituent la base de cet art, et qui feraient disparaître le vague et l'incertitude qui règnent encore sur des résultats de pure observation.

MÉDECINE
LÉGALE.

CHAPITRE PREMIER.

DES CERTIFICATS, DES RAPPORTS ET DES CONSULTATIONS MÉDICO-LÉGALES.

Un médecin peut être appelé à faire, en justice, trois genres différents d'actes : des certificats, des rapports et des consultations médico-légales.

DES CERTIFICATS.

Législation.

ART. 434, C. civ. — Tout individu atteint d'une infirmité grave et dûment justifiée, est dispensé de la tutelle; il pourra même s'en faire décharger si cette infirmité est survenue depuis sa nomination.

ART. 396, C. inst. cr. — Tout juré qui ne se sera pas rendu à son poste sur la citation qui lui aura été notifiée, sera condamné par la Cour d'assises à une amende.

ART. 397, C. inst. cr. — Seront exceptés ceux qui justifieront qu'ils étaient dans l'impossibilité de se rendre au jour indiqué.....

ART. 80, C. inst. cr. — Toute personne citée pour être entendue en témoignage, sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation.

ART. 81, C. inst. cr. — Le témoin ainsi condamné à l'amende sur le premier défaut, et qui, sur la seconde citation, produira devant le juge d'instruction *des excuses légitimes*, pourra, sur les conclusions du procureur du roi, être déchargé de l'amende.

ART. 265, C. proc. civ. — Si le témoin justifie qu'il n'a pu se présenter au jour indiqué, le juge-commissaire le déchargera, après sa déposition, de l'amende et des frais de réassignation.

ART. 160, C. pén. —Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé, qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans ; et s'il y a été mû par dons ou promesses, il sera puni du bannissement; les corrupteurs seront dans ce cas punis de la même peine.

Art. 86, C. inst. cr. — Si le témoin auprès duquel le juge se sera transporté n'était pas dans l'impossibilité de comparaître sur la citation qui lui aurait été donnée, le juge décernera un mandat de dépôt contre le témoin et l'officier de santé qui aura délivré le certificat ci-dessus mentionné. La peine portée en pareil cas sera prononcée par le juge d'instruction du même lieu et sur la réquisition du procureur du roi, en la forme prescrite par l'article 80.

Un certificat n'est que l'attestation d'un fait. Il peut être donné par une personne étrangère à la médecine, comme par un médecin. Il ne suppose aucune mission; il n'entraîne pas avec lui de prestation de serment; en sorte qu'il paraît être, au premier abord, un acte dont l'importance ne réside que dans la moralité de l'attestation du fait. Cependant, cet acte conduit quelquefois à des conséquences graves, ainsi que le démontrent les art. 86 du Code d'instruction criminelle, et 160 du Code pénal.

Voici quelques exemples propres à faire concevoir les circonstances dans lesquelles cès articles pourraient être appliqués. Beaucoup de personnes veulent se dispenser de remplir les devoirs de jurés. En province, surtout, ces fonctions deviennent pénibles et onéreuses, parce qu'elles entraînent à des déplacements de longue durée. On s'adresse à un médecin; on lui demande un certificat, qui constate l'impossibilité de remplir les devoirs que la loi impose. Celui-ci cède souvent à des considérations puisées dans les convenances sociales, et s'expose ainsi à des peines afflictives. Ces peines seraient même infamantes, s'il était constaté que l'officier de santé eùt délivré le certificat par suite de dons ou de promesses.

Tel est encore le cas où l'on certifie faussement des faits propres à dispenser de la tutelle, du service militaire, etc.

Des considérations de rapports sociaux, d'intimité, de reconnaissance même, ne doivent jamais faire taire la conscience du médecin et lui faire oublier les règles de son devoir. Rien n'est plus déplorable que cette condescendance des hommes de l'art aux demandes qui leur sont adressées. En attestant des faits inexacts, ils perdent tous droits à la considération publique, et leur signature n'a plus de valeur pour l'attestation de la vérité. Qu'ils sachent donc résister à de pareilles de-

mandes, s'ils veulent conserver l'estime de leurs concitoyens, et la confiance qui est due à leur caractère.

Formule des certificats.

Je soussigné (docteur en médecine, ou officier de santé, demeurant à commune de) certifie que M (nom, prénoms, âge, profession et demeure du requérant) est affecté de (la maladie), qui le met dans l'impossibilité de

Ou bien atteste que telle ou telle circonstance existe.

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat.

Fait à commune de le 183

Nota. La signature doit être légalisée par le maire ou l'adjoint de la commune où réside le signataire.

DES RAPPORTS JUDICIAIRES.

En vain on chercherait une étymologie exacte du mot rapport. Les uns l'ont fait dériver du verbe *refero,* je rapporte ; les autres, du mot *relatio,* récit d'une chose. Mais dans un rapport, on ne se borne pas à la narration des faits ; on en tire des conséquences ; et de plus, le mot *rapport* entraîne presque toujours avec lui l'idée qu'il y a eu mission déléguée par un magistrat pour rapporter.

Un rapport est un acte dans lequel le médecin expose avec détails les résultats d'une mission qui lui a été conférée *le plus ordinairement* sous la foi d'un serment.

Différences entre un rapport et un certificat. — 1° Tout le monde n'a pas qualité pour faire un rapport ; hors le cas où la loi prescrit au médecin d'instruire la justice sur certains faits qui se sont présentés à son observation, il faut toujours une délégation d'un magistrat pour rapporter. 2° Un rapport ne peut être fait par un médecin, qu'autant qu'il a prêté serment entre les mains d'un magistrat de faire son rapport et de remplir en son honneur et conscience la mission qui lui est confiée. 3° Un certificat n'a toujours, aux yeux de la justice, qu'une valeur fort secondaire ; un rapport, au contraire, est un acte dont la conclusion est acceptée par les magistrats, à l'instar d'*un jugement* porté sur des faits qu'ils ne peuvent apprécier.

Un officier de santé est-il apte par son titre à rapporter en jus-

tice? — Si l'on consulte les articles de nos codes relatifs à cette question, on y trouve assez d'incertitude pour que les avis des médecins légistes aient été partagés à ce sujet.

Art. 43, C. inst. crim. — Le procureur du roi se fera accompagner, au besoin, d'une ou de deux personnes, *présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier* la nature et les circonstances du crime ou du délit.

Art. 44, C. inst. crim. — S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte, le procureur du roi se fera assister *d'un ou de deux officiers de santé,* qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Les personnes appelées dans le cas du présent article, et de l'article précédent, prêteront, devant le procureur du roi, le serment de faire leur rapport, et de donner leur avis en leur honneur et conscience.

Art. 81 C. civ. — Lorsqu'il y aura des signes ou des indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un *docteur en médecine ou en chirurgie,* aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les nom, prénoms, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

L'article 43 est général; il laisse au magistrat le choix de la personne; il n'exige d'elle aucun titre particulier; et par conséquent, si l'on s'en tenait à cet article, la question posée devrait être résolue par l'affirmative. Dans l'article 44, il est question d'officiers de santé, et dans l'article 81, de docteurs en médecine. — La loi aurait-elle mesuré l'importance de l'expertise et approprié le titre de l'expert à cette importance? La nature des faits à constater est la même, et par conséquent la loi n'a pas pu faire cette distinction. — Observons d'ailleurs qu'en justice, on n'attache pas à ces deux titres la même valeur qu'en médecine. L'expression, *officier de santé*, qualifie un homme apte à donner des soins, en cas de maladie, et pas autre chose. On n'y entend pas un grade, un rang dans la hiérarchie médicale. — Remarquons en outre que l'aptitude à faire un rapport en justice résulte bien moins de la qualité que possède le médecin, que de la mission qu'il a reçue du magistrat; que, s'il en était autrement, l'instruction, en matière criminelle, serait entravée dans les petites communes, par le défaut d'un docteur en médecine, qui résiderait à une distance fort éloignée du lieu où le crime aurait été commis. Enfin, l'art. 81 du Code

civil ayant été fait en 1802, et l'art. 43 du Code d'instruction criminelle en 1810, ce dernier doit évidemment dominer la matière. — La loi a laissé toute latitude au magistrat pour le choix de la personne, quand elle a dit : Le procureur du roi se fera accompagner, au besoin, d'une ou de deux personnes, *présumées par leur art*, etc. — Nous ne saurions donc pas partager l'avis de M. Orfila à ce sujet (*Leçons de Médecine légale*, 3e édit., pag. 19) : il pense que sous le titre d'officier de santé, qui se trouve dans l'art. 44 du Code d'instruction criminelle, le législateur a voulu seulement désigner les docteurs en médecine et en chirurgie. Or, s'il en eût été ainsi, l'article précité les aurait désignés par leur titre spécial.

Des espèces de rapports. — On distinguait autrefois les rapports en *provisoires*, *dénonciatifs*, et *mixtes*. Les premiers étaient ainsi nommés parce que, faits d'après l'ordre d'un magistrat, ils procuraient au malade ou au blessé des provisions ou indemnités de maladies. — Les rapports *dénonciatifs* correspondaient à ce que nous nommons aujourd'hui certificats, délivrés sur la demande d'un blessé ou d'un malade, et par le chirurgien ou le médecin traitant, quel que fût du reste son titre, ils n'obtenaient en justice que le degré de confiance accordé au simple certificat. — Sous le nom de rapports *mixtes*, on comprenait ceux qui étaient faits à la requête de la partie plaignante, mais par un chirurgien en titre ; en sorte qu'ils n'avaient pas tout-à-fait la valeur des rapports, et cependant leur valeur était plus grande que celle des certificats, à cause du titre du chirurgien même qui faisait le rapport.

Cette classification est aujourd'hui remplacée par une division basée sur la nature des rapports ; on les distingue en *judiciaires*, *administratifs* et *d'estimation*.

On nomme *judiciaires* ceux qui ont pour but d'éclairer les magistrats sur l'existence d'un crime ou d'un délit.

On appelle *administratifs* les rapports qui, faits en vertu d'un mandat de l'autorité administrative, ont pour objet une enquête sur les avantages et les inconvénients de plans à adopter dans la confection d'un établissement public ; ou bien les

inconvénients qui peuvent résulter pour la salubrité publique de l'existence de telle ou telle fabrique dans un lieu donné, etc., etc.; de là une ancienne division en rapports *de commodo et de incommodo.*

Les rapports d'*estimation* ont toujours pour but une appréciation d'honoraires demandés, soit pour soins donnés par un médecin ou un chirurgien, soit pour médicaments ou objets fournis à un malade par un pharmacien, alors que des contestations s'élèvent entre les parties.

Telle est la division adoptée aujourd'hui par les auteurs de médecine légale. Elle nous paraît incomplète. Il est une quatrième sorte de rapports que le médecin est appelé à faire par le vœu de la loi et par la nature de sa profession. Elle a assez d'importance pour constituer une dénomination particulière. Nous voulons parler de ceux que tout médecin ou chirurgien doit adresser à la justice, lorsqu'il a été appelé à donner des soins à une personne dont la maladie ou les blessures paraissent devoir se rattacher au fait d'un attentat à la personne.

« Toute personne qui aura été témoin d'un attentat soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, sera pareillement tenue d'en donner avis au procureur du roi soit du lieu du crime ou délit, soit du lieu où le prévenu pourra être trouvé (C. inst. crim., art. 30). »

(Aucune sanction pénale n'étant attachée à cet article, son exécution est soumise dans bien des cas à l'appréciation consciencieuse que fait des circonstances le médecin qui se trouve dans cette situation.)

Nous nommons ces rapports *officieux*, comme étant l'accomplissement d'un devoir prescrit par les règles de la profession ou de la loi; de telle sorte que le médecin se dise, en le faisant, *fungor officio*, je remplis un devoir. (Loin de nous la pensée de donner à ces rapports le sens d'une dénonciation, comme on a quelquefois osé le faire, ou au moins le demander en matière politique. Il est des circonstances dans lesquelles les devoirs, même les plus impérieux, doivent plier devant la crainte de forfaire à l'honneur.) Ces rapports ne peuvent pas avoir aux yeux de la justice la même importance que les rapports judi-

ciaires, car le médecin qui les fait n'est pas *assermenté*, il n'a pas prêté serment. Mais tout médecin qui, appelé dans l'exercice de son art à constater un fait du genre de ceux que je viens de signaler, s'abstient, soit par ignorance, soit par négligence, de faire un rapport à la justice dans le plus bref délai, s'expose à de justes reproches de la part de l'autorité judiciaire. S'il en était autrement, les crimes les plus grands pourraient échapper aux investigations de la justice et demeurer impunis.

Il existe une ordonnance de police du 17 ventose an IX (18 mars 1801), que l'on a essayé de mettre en vigueur dans ces derniers temps pour des délits politiques, mais à laquelle les médecins ne se sont pas soumis par les motifs que je viens d'énoncer. En voici les dispositions :

Art. 1er. Tous les officiers de santé de Paris, et ceux des communes rurales du département de la Seine, et de celles de Sèvres, de Saint-Cloud et de Meudon, qui auront administré des secours à des blessés, seront tenus d'en faire sur-le-champ la déclaration aux commissaires de police, ou aux maires et adjoints *extra-muros*, sous peine de 500 francs d'amende. (Édit de décembre 1766, et ordonnance du 4 novembre 1788.)

2. Cette déclaration contiendra les noms, prénoms, professions et demeures de tous les individus qui auront fait appeler les officiers de santé pour panser leurs blessures, ou qui se seront fait transporter chez lesdits officiers de santé pour y être traités. Elle indiquera aussi la cause des blessures, leur gravité, et les circonstances qui y auront donné lieu.

3. Les officiers en chef des hospices de Paris feront la même déclaration pour tous les individus blessés qui auront été admis dans les hospices, sous peine de 200 francs d'amende. (Édit de décembre 1666.)

4. Les commissaires de police, les maires et adjoints *extra-muros*, inscriront sur des registres les déclarations qu'ils auront reçues, et en transmettront de suite copie au préfet de police.

5. Les contraventions seront constatées par des procès-verbaux, et dénoncées aux tribunaux compétents.

Mais, dira-t-on, comment donner à ces actes le nom de rapports, puisqu'ils ne sont jamais précédés de la prestation de serment qui établit la principale différence entre un rapport et un certificat? Je répondrai que dans le cas dont il s'agit, non seulement la loi donne mission de rapporter, mais encore elle en fait un devoir. L'acte qui en résulte n'est donc plus un simple certificat.

Un rapport est-il exigible? — Les avis ont été partagés sur le point de savoir si un médecin peut refuser un rapport. Cette divergence d'opinions tient à ce que l'on n'a pas étudié avec assez

de soin le texte de la loi qui donne à cet égard des pouvoirs très étendus aux magistrats.

Voici, suivant nous, ce qui ressort de la législation actuelle :

1° L'art. 475 du Code pénal porte :

§ 1. « Seront punis d'amende depuis six francs jusqu'à dix francs inclusivement... » § 12. « Ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou *de prêter les secours dont ils auront été requis* dans les circonstances d'*accidents, tumultes*, naufrages, inondations, incendies, ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, *flagrant délit*, clameurs publiques ou d'*exécution judiciaire*. »

(La peine énoncée dans l'art. 475 du Code pénal peut être portée à celle de l'emprisonnement pendant cinq jours au plus (art. 478, même Code) en cas de récidive).

Cet article est général : un magistrat peut requérir un médecin en cas de flagrant délit, ou dans une des circonstances énoncées, et le médecin est tenu de se rendre à son invitation aux termes de la loi. Le médecin est par cela même contraint de rapporter. Et pourquoi en serait-il autrement ? Une personne quelconque a le droit de requérir un magistrat qu'elle aperçoit sur la voie publique, afin qu'il ait à lui prêter aide et assistance. Celui-ci ne peut pas refuser son concours ; le magistrat doit donc, à plus forte raison, pouvoir user du même privilége à l'égard des médecins.

Par les mêmes raisons, le médecin peut être contraint de rapporter, lorsque, en vertu de l'art. 60 du Code d'instr. crim., un juge d'instruction complète les actes ou ceux des actes de la procédure qui lui paraissent nécessiter de plus amples informations ; le médecin ayant été déjà requis par le procureur du roi, dans le cas de flagrant délit par exemple, peut être contraint, à raison des mêmes faits, à obéir aux injonctions du juge d'instruction.

Par conséquent on peut dire : Oui, un rapport est exigible toutes les fois qu'il s'agit d'un flagrant-délit, et l'on ne saurait s'y soustraire qu'en avouant l'impossibilité dans laquelle on se trouve pour cause d'ignorance d'obtempérer à l'invitation des magistrats.

Un médecin a été témoin d'un fait? Il ne peut pas alors refuser ou une déposition ou un rapport, si ce n'est dans le dernier cas, en alléguant son insuffisance relativement au fait dont il s'agit ; il n'a plus en effet que le caractère d'un simple témoin.

« Toute personne citée pour être entendue en témoignage, sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation, sinon elle pourra y être contrainte par le juge d'instruction qui, à cet effet, sur les conclusions du procureur du roi, sans autre formalité ni délai, et sans appel, prononcera une amende qui n'excèdera pas 100 francs, et pourra ordonner que la personne citée sera contrainte par corps à venir donner son témoignage. » (Art. 80, C. inst. crim.)

Le plus souvent il vient déposer auprès du juge d'instruction; mais quelquefois aussi on lui demande un rapport ; c'est le cas, par exemple, d'un médecin ou d'un chirurgien d'hôpital, qui a soigné dans son service les blessures plus ou moins graves d'un malade; il est requis de rapporter, de relater l'état dans lequel l'individu se trouvait à son entrée à l'hôpital, de faire connaître les soins qui lui ont été donnés, le temps employé à sa guérison, et les conséquences que pouvaient avoir ses blessures.

Tout médecin qui est appelé par un magistrat pour connaître des faits dont il n'a pas été témoin et les interpréter dans le sens de son art et des besoins de la justice, peut-il refuser cette mission? L'art. 43 du Code d'instr. crim. donne au procureur du roi le droit de se faire accompagner dans la recherche d'un crime ou d'un délit par les personnes présumées par leur art ou profession capables d'apprécier la nature et les circonstances de ce crime ou de ce délit.

D'après les art. 59 et 61, le juge d'instruction peut faire tous les actes d'instruction auxquels le procureur du roi a droit de procéder lui-même dans les cas prévus par la loi.

Les art. 48, 49 et 50 investissent des mêmes droits les juges de paix, officiers de gendarmerie, commissaires de police, maires, adjoints de maires, *dans les cas de flagrant délit.*

De ces divers articles quelques personnes ont cru pouvoir tirer cette conséquence que *dans les cas autres* que ceux du flagrant délit, un médecin *ne peut même pas refuser* la mis-

sion qui lui est donnée, à moins qu'il déclare ne pouvoir l'accepter en prétextant de son incapacité.

Suivant nous, c'est là une extension du texte de la loi que l'on ne saurait admettre. Nous concevons bien que dans l'instruction des affaires judiciaires, les magistrats ne doivent pas être arrêtés par le refus des personnes qui peuvent concourir, au moyen de leur art, à la découverte d'un crime et d'un délit. Nous considérons comme blâmable le médecin qui, sous un prétexte autre que le peu d'habitude de ces sortes d'affaires, refuse une pareille mission; mais il nous semble peu logique qu'un magistrat appelle un médecin, qu'il fasse dresser par écrit une prestation de serment dans laquelle le médecin déclare *accepter* (voyez page 16, *Prestation de serment*) la mission qui lui est confiée, lorsque cette acceptation n'a été que contrainte et forcée. Dans l'hypothèse que nous combattons, un médecin ne serait pas libre, sous un prétexte autre que celui de l'ignorance, de refuser les missions judiciaires quand elles lui sont conférées par le procureur du roi, ses substituts et les juges d'instruction.

Examions donc quelle serait la peine dont le médecin se rendrait passible s'il refusait une mission judiciaire hors le cas de flagrant délit; car si c'est un devoir prescrit par la loi, l'infraction à ce devoir doit entraîner une répression. Un médecin est d'abord appelé auprès du juge d'instruction par un simple avertissement; supposons qu'il ne se rende pas à cet avis, ou que, s'y étant rendu, il refuse la mission; le magistrat le fait alors citer à titre de témoin, parce que c'est là le seul moyen de le contraindre à se rendre auprès de lui, il lui fait connaître l'objet de l'expertise, et le médecin allègue des motifs qui équivalent à un refus; le magistrat dresse alors les actes suivants en cas de refus réitéré.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DU DÉPARTEMENT DE

L'an mil huit cent trente avant midi

Par devant nous,

juge d'instruction près le tribunal de première instance du départe-

ment de la Seine, en notre cabinet au Palais-de-Justice à Paris, assisté de commis-greffier assermenté;

En conséquence de la citation donnée par huissier-audiencier près ce tribunal, à la requête de M. le procureur du roi, le en vertu de notre cédule du

Est comparu le sieur docteur en médecine de la Faculté de âgé de demeurant à

Auquel nous avons donné connaissance des faits sur lesquels il est appelé à déposer

Ledit sieur après avoir représenté la citation à lui donnée, a prêté le serment de dire toute la vérité, rien que la vérité; et enquis par nous s'il est domestique, parent ou allié des parties et à quel degré, a répondu ce qui suit : « *Je ne puis pas accepter la mission que vous voulez me confier.* »

Lecture faite, le comparant a persisté, et signé avec nous et le greffier.

Pourquoi nous, juge d'instruction, susdit et soussigné, prenant ladite réponse pour un refus de donner témoignage et de satisfaire à la citation, nous avons rédigé le présent, dont communication sera immédiatement donnée à M. le procureur du roi, pour être par lui requis, et par nous statué ce que de droit.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DU DÉPARTEMENT DE

L'an, etc.

Par-devant nous,

juge d'instruction, près le tribunal de première instance du département de la Seine, en notre cabinet au Palais-de-Justice à Paris, assisté de, commis-greffier assermenté,

En conséquence de notre ordonnance en date du , portant condamnation à cent francs d'amende envers le sieur , témoin défaillant.

Ladite ordonnance dûment signifiée à la requête de M. le procureur du roi, par exploit de huissier-audiencier près le tribunal, en date à Paris, le et encore en exécution du mandat d'amener par nous décerné le et notifié par exploit de huissier-audiencier, en date du , est comparu le sieur N...., docteur en médecine, âgé de , demeurant à , auquel nous avons donné connaissance des faits sur lesquels il est appelé à déposer. Ledit sieur , après avoir représenté les copies de notre ordonnance et de notre mandat précité, a prêté le serment de dire toute la vérité, rien que la vérité. Enquis par nous s'il est domestique, parent ou allié des parties, et à quel degré, nous a répondu ainsi qu'il suit : « *Je ne puis accepter la mission que vous voulez me confier.* »

Lecture faite, le comparant a persisté, et signé avec nous et le greffier.

Pourquoi nous, juge d'instruction, susdit et soussigné, prenant ladite réponse pour un refus de prêter le secours dont il est requis en exécution de l'article 475, § 12 du Code pénal, et prévu tant par ledit

article, que par l'article 478 du même Code, nous avons rédigé le présent procès-verbal, dont communication sera immédiatement donnée à M. le procureur du roi, pour être par lui requis et par le tribunal statué ce que de droit.

Et avons signé avec le greffier après lecture.

On voit par ces actes que le juge est obligé de transformer *l'expert en un témoin* pour appliquer une peine, ce qui démontre que rien dans la législation ne saurait contraindre un médecin à rapporter, excepté dans le cas de flagrant délit. En vain chercherait-on à donner aux mots, *exécutions judiciaires*, qui terminent le § 12 de l'art. 475, une acception autre que celle qui leur est propre; il est évident qu'ils ne veulent dire que l'*exécution des jugements rendus*, et non pas les missions de la justice dans les instructions.

Enfin ce qui vient corroborer la doctrine que nous venons d'émettre, ce sont les instructions du garde des sceaux à l'égard de l'art. 16 du décret du 18 juin 1811.

« Les médecins et experts doivent être appelés par un simple *avertissement*, sans citation, dans tous les cas où leur ministère est requis, soit dans le cours de l'instruction, soit au moment de l'audience. Lorsque c'est le procureur du roi qui les requiert *pour procéder hors sa présence*, l'intérêt de la justice exige qu'il leur adresse, en même temps que l'avertissement, des instructions suffisamment détaillées sur les points qu'ils ont à constater. — *Pour prévenir tout refus ou mauvais prétexte* de la part des personnes qui seront ainsi appelées, chaque cour, chaque tribunal peut faire choix à l'avance, comme on vient de le dire pour les médecins, d'hommes expérimentés dans telle ou telle partie, et se les attacher de manière qu'on soit plus assuré de les trouver au besoin ou qu'ils puissent se suppléer réciproquement; et s'il y a lieu de leur accorder des taxes *comme témoins*, elles pourront être délivrées au bas de l'avertissement visé par l'officier du ministère public. »

Beaucoup de personnes, et ce sont en général les plus occupées et les plus capables, prévoyant les longueurs et le temps que peut entraîner une pareille mission, se récusent, et privent ainsi la justice des lumières qu'ils pourraient lui ap-

porter : ce sont de ces sacrifices qu'il faut s'imposer dans l'intérêt de la société. Chacun lui doit un tribut, le médecin plus que tout autre ; le médecin dont les devoirs sont en rapport avec l'importance de l'art qu'il exerce.

Cependant un médecin n'est pas un homme doué d'une instruction tellement générale, qu'il soit toujours en état de résoudre les questions qui lui sont soumises. Celles qui se rapportent à l'hygiène publique, par exemple, exigent quelquefois des connaissances spéciales d'application aux arts, qu'il n'a pas pu acquérir ; je dirai plus : et sans vouloir ici diminuer la considération dont le corps médical doit jouir, je ferai remarquer que la médecine légale étant un art qui exige un mode particulier d'étude, beaucoup de médecins peuvent l'avoir négligée pour s'adonner exclusivement à la pratique de la médecine, et par suite ne pas être en état de rapporter en justice dans certains cas tout spéciaux ; ils ne doivent pas hésiter alors à refuser la mission que l'on veut leur confier, c'est un devoir pour eux de le faire.

Des personnes qui ont qualité pour requérir un rapport. — Tout le monde n'a pas le droit de requérir un médecin pour faire un rapport ; la loi a prévu ce cas. Elle désigne pour les rapports judiciaires les *procureurs du roi* et les *juges d'instruction,* ou, à leur défaut (art. 49, C. inst. cr.; 81, C. civ.) dans les cas de flagrant délit seulement les *officiers de police judiciaire, auxiliaires du procureur du roi, qui sont les juges de paix, maires, adjoints de maires, commissaires de police*, et les *officiers de gendarmerie,* depuis le colonel jusqu'au sous-lieutenant inclusivement ; les maréchaux-de-logis et brigadiers de gendarmerie, qui reçoivent, d'après la loi du 6 prairial an VIII, la qualification de sous-officiers, n'ont pas qualité pour provoquer un rapport d'un médecin. Les officiers de gendarmerie peuvent, au contraire, remplacer le procureur du roi (art. 48, C. inst. cr.). A cette liste nous ajouterons les présidents de cour royale et de première instance : les premiers, dans l'exercice de leurs fonctions en matière criminelle, les seconds en matière civile.

Il appartient aux préfets, sous-préfets, maires, adjoints de

maires, conseils d'administration, conseils de salubrité, de demander des rapports administratifs. Ceux-ci sont toujours facultatifs, et par conséquent on ne doit pas hésiter à refuser son concours à de pareils actes, lorsqu'on ne se sent pas l'aptitude nécessaire pour les faire. Il faut réfléchir aux conséquences morales et matérielles de décisions prises sans une connaissance profonde de la matière; au retentissement que ces décisions peuvent avoir, quand elles viennent à être contrôlées par d'autres experts, ce qui ne manque jamais d'avoir lieu, la partie en cause ayant trop d'intérêt à provoquer un nouvel examen en même temps qu'elle attaque le jugement de l'autorité administrative, et porte l'affaire devant une nouvelle juridiction.

De la forme employée par les magistrats pour provoquer un rapport, et des conditions dans lesquelles le médecin doit se placer dans ces circonstances. — Le plus ordinairement les médecins sont mandés auprès des magistrats par une lettre ainsi conçue :

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE du département d — N° du P. N° du G. N° du J.	Paris, ce 183 M. juge d'instruction, invite M. à se rendre en son cabinet, au Palais de Justice, le heure de pour prêter serment en qualité d'expert, par nous commis ce jourd'hui, aux fins des opérations dont il lui sera donné connaissance. Le greffier, EXÉCUTOIRE. Nous juge d'instruction soussigné, attendu l'urgence et qu'il n'y a pas de partie civile en cause, avons sur sa réquisition taxée à M. non habituellement employé par le tribunal, la somme de pour dans l'affaire qui s'instruit contre le nommé inculpé d' Ordonnons que conformément à

du décret du 18 juin 1811, ladite somme de sera payée à M.
par M. le receveur de l'enregistrement, au bureau de sur les frais généraux de justice criminelle.
Au Palais de Justice, ce 183

On doit conserver cette lettre par-devers soi, afin de la joindre au rapport que l'on dressera par la suite, puisque c'est sur elle que sera inscrite la taxe des opérations que l'on aura faites. Supposons, *en cas de flagrant délit*, un refus de la part du médecin; le magistrat lui envoie alors une citation comme témoin. Y a-t-il nouveau refus? le juge d'instruction prononcera une amende de cent francs en vertu de l'art. 80, C. inst. cr., et pourra délivrer contre lui, d'après le même article, un mandat d'amener.

Si le médecin avait donné pour ne pas comparaître une excuse reconnue fausse, il pourrait être condamné par le tribunal à un emprisonnement de six jours à deux mois, art. 236, Code pénal.

De deux choses l'une, ou le médecin sera accompagné du magistrat pour faire son expertise, ou, au contraire, il y procédera seul. Dans le premier cas, il ne prêtera serment qu'au moment de procéder à ses recherches. Dans le second, ce serment aura lieu dans le cabinet du juge d'instruction. Mais, dans l'un et l'autre cas, il lui sera préalablement donné connaissance d'une ordonnance, dans laquelle sera exposée la nature de la mission qui va lui être confiée, et les questions sur lesquelles l'expert aura à s'expliquer. C'est après avoir pris connaissance de cette ordonnance dont voici la teneur, et après avoir déclaré qu'il accepte cette mission, que le médecin prêtera serment.

ORDONNANCE.

TRIBUNAL
DE PREMIÈRE INSTANCE
du département
d
—
N° du P.
N° du G.
N° du J.

Nous,
juge d'instruction près le tribunal de première instance du département d
Vu la procédure encommencée contre le nommé (nom, prénoms), âgé de (profession), né à département d demeurant à rue n° actuellement détenu

prévenu de

Attendu qu'il importe de constater si (énoncer le fait en question).

Vu les articles 43, 44 et 60 du Code d'instruction criminelle;

Ordonnons que par messieurs
docteurs en médecine de la faculté de
que nous commettons à cet effet, il sera, serment par eux préalablement prêté entre nos mains, procédé aux opérations (ou à la visite) énoncées ci-dessus.

Desquelles opérations (ou de laquelle visite) ils voudront bien nous adresser un rapport détaillé contenant sur les circonstances soumises à leur appréciation, leur avis motivé, conformément à la loi.

Fait au Palais de Justice, à le

Prestation de serment.

TRIBUNAL
DE PREMIÈRE INSTANCE
du département
d
—
N° du P.
N° du G.
N° du J.

L'an mil huit cent trente le
midi, par-devant nous
juge d'instruction près le tribunal de première instance du département d assisté de
commis-greffier assermenté, en notre cabinet, au Palais de Justice à Paris,

Est comparu sur invitation
M. âgé de
docteur en médecine, demeurant à

Lequel, après avoir pris connaissance de notre ordonnance, en date du 6 mars présent mois, qui le commet à l'effet de procéder à la visite du sieur..., à l'occasion de la procédure instruite contre le nommé..., prévenu de coups et blessures, et d'en dresser un rapport détaillé.

A déclaré accepter la mission qui lui est confiée, et a en conséquence prêté serment en nos mains d'en remplir l'objet en son honneur et conscience.

En foi de quoi il a signé le présent avec nous, et le greffier après lecture.

Le plus souvent aussi le magistrat donne connaissance au médecin des premières pièces de l'instruction. Ce sont, par exemple, des procès-verbaux du commissaire de police qui a découvert ou constaté le crime; des interrogatoires de témoins; des rapports de médecins appelés par les auxiliaires de la police judiciaire. Ces documents sont propres à éclairer l'expert dans ses recherches; mais l'expert ne doit en accepter le contenu qu'à titre de simples renseignements. Ce sont des faits utiles pour diriger dans les investigations ultérieures. Si l'on voulait en tirer un

autre parti, on serait fréquemment conduit à l'erreur; car des rapports faits par des hommes étrangers à l'art de guérir, des dépositions de témoins, des interrogatoires fort imparfaits, ne peuvent guère fournir de documents certains pour la découverte de la vérité. Néanmoins il est convenable de demander aux magistrats communication de ces pièces lorsqu'ils ne l'ont pas donnée.

Le médecin se rend alors sur les lieux, et il procède à l'expertise. Dans les affaires qui soulèvent des questions importantes, on commet ordinairement deux experts. Rien n'est plus déplorable alors que de voir deux médecins se livrer aux mêmes recherches pour, par la suite, en faire chacun l'objet d'un *rapport isolé.* Malheureusement dans les provinces, où la rivalité de position exerce souvent son influence, on n'a que trop d'exemples de ces témoignages publics du peu d'accord qui règne entre les médecins. Comment, dans ces sortes de cas, ne pas faire abnégation de ces petites haines personnelles qui discréditent notre noble profession? Comment, au moins pour la considération publique dont nous devons être entourés, ne pas imposer silence à cette envie qui nous porte à nous éloigner les uns des autres? Honte à ces petitesses d'esprit qui dégradent notre art! Que dans ces circonstances où l'expert doit paraître en public pour y porter un jugement consciencieux, il se dépouille constamment du manteau de l'homme. Et qu'importe, en effet, la personne qui vous aide à la découverte de la vérité? Cette personne fût-elle un ennemi personnel, qu'il faudrait encore faire abnégation de ses intérêts en présence de ceux qui se rattachent à la société.

Arrivé sur les lieux, le médecin interrogera toutes les personnes avec lesquelles il se trouvera en rapport; il annotera les faits qui lui paraîtront offrir quelque importance; comparera les réponses qui lui seront faites avec les documents qu'il aura déjà par-devers lui; puis il se livrera à l'observation du corps de délit. Il donnera à ses recherches la direction la plus favorable à la solution des questions qui lui auront été posées. En général il se renfermera dans les bornes de ces questions; toutefois s'il pensait qu'elles fussent trop étroites pour éclairer complétement l'instruction, il s'en écarterait, afin d'atteindre

ce but utile. Il est nécessaire de prendre note de chaque fait observé, et de revoir ces annotations dans leur ensemble, pour rechercher si quelque oubli n'a pas été commis.

Lorsque les investigations médico-légales sont faites en présence des magistrats ou de leurs délégués, la marche à suivre est toujours à peu près la même. Le magistrat et le médecin se rendent sur les lieux. Le premier donne connaissance au second de l'ordonnance qu'il a rendue, en vertu de laquelle il le commet, et qui se trouve *consignée tout entière* dans le procès-verbal de transport. Il lui fait prêter serment, le met en rapport avec le corps du délit qu'il s'agit d'explorer, et le médecin se livre alors à son opération. Il arrive très souvent que les magistrats questionnent les experts sur les conséquences de tel ou tel fait observé. C'est à tort que beaucoup de médecins ont l'habitude de s'expliquer à l'avance sur les inductions qu'ils tireront par la suite de ces observations. Un fait isolé conduit souvent à un résultat différent du même fait entouré de plusieurs autres; et comme on ne prend jamais de conclusions que sur toutes les circonstances qui se sont offertes à l'observation, on s'expose à se rétracter, ce qui donne une mauvaise opinion du savoir et du jugement de celui qui s'est livré à l'expertise. Les recherches terminées, le médecin doit procéder de suite à la confection de son rapport; mais il n'est pas tenu de prendre immédiatement des conclusions. On peut seulement exiger de lui la narration des faits, afin qu'ils soient reproduits avec plus d'exactitude.

De la forme des rapports. — L'art de faire des rapports en justice ne remonte pas en France à une époque bien éloignée. Gendry, Blegny, Devaux, sont les premiers qui aient donné quelques bons préceptes à cet égard; et, quoique l'ouvrage de Devaux soit le plus estimé, on y trouve des modèles de rapports qui sont entachés de beaucoup de défauts. Chaussier a réellement le premier fixé d'une manière bien précise les règles que l'on doit suivre dans les rapports. Sa méthode a sur celle de ses prédécesseurs l'avantage d'une exposition claire et exacte des faits observés. Tout rapport comprend trois parties distinctes;

Première : le *préambule*, que l'on appelle encore protocole, formule d'usage, etc. ;

Deuxième : l'*exposition*, ou description des faits ;

Troisième : la *conclusion.*

Dans le *préambule*, on place dans l'ordre suivant :

La date du jour et l'année où l'on procède à l'expertise ;

Les noms, titres et demeure de l'expert ;

La nature de la réquisition qui vous a été faite ;

Le nom et la qualité du magistrat par lequel on a été requis ;

Le lieu où l'on s'est transporté pour procéder à l'expertise ;

Le but dans lequel on s'y est rendu (ici doivent être consignées les questions posées dans l'ordonnance qui commet l'expert) ;

Ce que l'on a appris des habitants du lieu où se trouve le corps de délit, et les déclarations faites par la partie plaignante elle-même.

L'*exposition des faits* comprend tout ce que l'on a observé (*quod visum et repertum*).

Enfin la *conclusion* aussi simple que possible termine le rapport.

Voici un exemple de rapport dans le cas le moins compliqué.

Préambule.

Le vingt-quatre février mil huit cent trente-cinq, nous, Paul-Édouard D...., docteur en médecine, domicilié à commune de département d

En vertu d'une ordonnance de M. Z...., procureur du roi près le tribunal civil de première instance du département d

Nous sommes rendu à C...., commune d département d dans la maison rue , n° , au premier étage, dans une chambre à droite de l'escalier, ayant deux croisées sur la rue et une plus petite sur une basse-cour ;

A l'effet de *visiter le sieur R...., de constater si la mort est réelle, d'en déterminer l'époque, et de dire à quelle cause elle peut être attribuée.* (On doit toujours rapporter les termes dans lesquels les questions ont été posées dans l'ordonnance.)

Les habitants de la maison nous ont appris que pendant deux jours le sieur R.... n'ayant pas paru, on avait conçu des inquiétudes ; que l'on était allé à sa chambre ; que l'on avait frappé fortement à sa porte et qu'il n'avait pas répondu ; qu'alors on avait averti le maire, qui avait fait ouvrir la porte en sa présence, et que l'on avait trouvé R.... mort et placé dans la situation que nous allons décrire. Qu'un médecin avait été appelé; mais que la mort ayant été reconnue par lui, on s'était borné

à constater l'état des lieux, et la situation dans laquelle le corps avait été trouvé.

Exposition des faits.

§ 1er. R...., âgé d'environ cinquante-huit ans, est étendu dans un lit, couché sur le dos, la figure dirigée vers le mur, un bonnet de coton sur la tête, les deux bras hors du lit; le bras gauche, demi-fléchi, placé en travers de la poitrine; le bras droit étendu sur les couvertures le long du corps.

§ 2. Les draps, couvertures, oreiller, traversin et matelas ne présentent aucune trace de désordre.

§ 3. Il n'y a pas de taches de sang ou de toute autre nature sur le lit, non plus que sur le plancher ou sur les meubles de la chambre.

§ 4. Auprès du lit est une table de nuit, contenant un vase vide d'urine; sur le marbre est un chandelier, dont la chandelle porte encore l'éteignoir qui a servi à l'éteindre; auprès du chandelier est la montre de R.... arrêtée et marquant deux heures.

§ 5. Devant le lit, on voit une paire de souliers dont la pointe est dirigée vers le bord du lit, ainsi que cela arrive quand on quitte sa chaussure pour se coucher.

§ 6. Sur une chaise tournée du côté de la table de nuit, sont les vêtements de R....; ils n'offrent point de trace de désordre, et la poche du pantalon contient encore l'argent que cet homme portait probablement sur lui. Les autres meubles de la chambre sont parfaitement rangés.

§ 7. On n'aperçoit pas de fiole ou d'autre vase qui contienne une matière suspecte.

§ 8. Nous avons découvert le corps, et nous n'avons pas vu à l'extérieur de traces de contusion, blessures ou violences quelconques.

§ 9. La peau était généralement froide.

§ 10. Les membres *rigides*, ce dont nous nous sommes assuré en fléchissant les avant-bras et les jambes, qui, après la roideur vaincue par la flexion, ont repris leur souplesse.

§ 11. La main, placée sur le ventre et sur la poitrine, n'a pas perçu de chaleur.

§ 12. Les paupières soulevées, la cornée transparente était trouble, et sa surface recouverte d'un enduit grisâtre.

§ 13. Le corps ne répandait pas l'odeur de la putréfaction; la peau était généralement blanche.

Conclusion.

1° La mort de R.... est réelle (§ 10, 12).

2° Elle date de deux à cinq jours (§ 9, 10, 11, 13).

3° Il y a tout lieu de croire qu'elle s'est effectuée naturellement (§ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

4° Il est impossible de préciser le genre de mort sans procéder à l'autopsie; mais il y a quelques raisons de penser qu'il a consisté dans une congestion cérébrale et pulmonaire survenue pendant que R.... était endormi.

Fait à , les jours et an que dessus.

La rédaction d'un rapport doit être claire, concise; les phrases courtes, exprimant en général un seul fait. Il faut,

autant que possible, éviter les termes techniques, afin de se faire comprendre de tout le monde. Lorsque la dénomination est trop vulgaire, et qu'elle peut faire taxer le médecin d'ignorance des termes de son art, on doit employer l'expression technique et placer la signification qu'elle représente entre deux parenthèses. Tous les faits qui conduiront à des conséquences, sous le rapport de la conclusion, seront annotés par un numéro d'ordre, de manière à pouvoir s'appuyer sur chacun d'eux. Cette méthode ne doit pas être nécessairement suivie, mais lorsqu'elle est employée avec succès, elle dénote un esprit juste et éclairé. Il faudra donc ne pas l'adopter lorsque l'on ne sera pas certain d'interpréter rigoureusement tous les faits en particulier. Voici quelles pourraient être les conséquences d'une interprétation vicieuse : tout rapport, quelque simple qu'il soit, peut être, par la suite, l'objet de commentaires de la part de nouveaux experts, soit dans le cabinet, soit devant le tribunal. Des consultations médico-légales peuvent être demandées à leur occasion ; et si l'interprétation des faits n'est pas rigoureuse, on ne manque jamais par devoir ou par amour-propre d'en relever l'inexactitude.

Quant à la conclusion, elle ne saurait être que la conséquence rigoureuse de *chacun* des faits, *suivant les uns;* ou l'expression de la *conviction morale* du médecin, *suivant les autres.* La manière de voir des premiers nous paraît trop exclusive. D'après elle, il faudrait prendre les faits *isolément*, les peser à leur juste valeur, et voir ce qu'ils prouvent. Eh bien! il arrive souvent que, sur vingt faits isolés, on n'en trouve pas un qui puisse devenir à lui seul *une preuve* de crime ; mais si l'on vient à grouper ces faits, on acquiert des présomptions tellement graves, qu'elles équivalent à une preuve, ou au moins qu'elles suffisent pour établir une conviction.

Que dirait-on d'un médecin qui, au lit du malade, raisonnerait ainsi qu'il suit? « La peau est chaude ; mais c'est là un phénomène commun à bien des phlegmasies. Le pouls est accéléré ; mais c'est un phénomène fébrile qui peut accompagner toutes les inflammations. La langue est rouge sur ses bords et à sa pointe ; mais la rougeur de la langue peut

être idiopatique ou symptomatique. Il y a des nausées, des envies de vomir, quelques vomissements ; mais ces phénomènes peuvent coïncider avec un embarras gastrique, une gastrite, une gastralgie, une duodéno-hépatite, une péritonite, une métrite, etc. La région épigastrique est chaude, elle est sensible à la pression ; mais dans cette région existe un grand nombre d'organes différents qui peuvent développer ces phénomènes. Il y a de la soif, etc. ; donc, pas de diagnostic possible ; et cependant, qui ne constaterait une gastrite sur l'ensemble de ces symptômes? » Il en est tout-à-fait de même en médecine légale. Ce sont des altérations vitales que l'on est appelé à apprécier ; elles peuvent offrir de grandes variations ; elles sont communes à bien des tissus, à bien des organes altérés ou modifiés : il faut donc les juger comme en médecine, c'est-à-dire non seulement d'après leur valeur isolée, mais encore d'après leur valeur d'ensemble. La justice appelle un médecin pour interpréter des faits dont elle ne peut pas connaître. Elle met le médecin en son lieu et place à l'égard de ces faits ; elle le qualifie d'expert, c'est-à-dire qu'elle lui reconnaît l'aptitude à juger. Elle ne lui demande pas compte des motifs du jugement qu'il a porté ; elle l'accepte ; elle le reconnaît bon, par cela même qu'elle n'est pas en état de l'infirmer. C'est donc à la conviction morale du médecin qu'elle s'adresse.

C'est cette latitude si grande que les juges laissent au médecin, qui doit le rendre circonspect, et lui faire sentir toute la portée des décisions qu'il va prendre. Aussi a-t-on dit avec raison que dans les affaires criminelles qui rentrent dans le domaine de la médecine, l'expert tient souvent en ses mains le sort de l'accusé.

La conviction médicale s'établira donc, surtout, sur l'ensemble des faits médicaux, et non pas sur une foule de renseignements, souvent inexacts, que le médecin peut recueillir des personnes auprès desquelles il est obligé de se rendre. Pour se la former, le médecin pèsera chaque fait isolé ; il l'appréciera à sa juste valeur ; puis, après lui avoir donné une valeur absolue, il groupera ces faits et leur donnera une valeur d'ensemble. — On est en général porté à conclure affirmativement. Il faut se

prémunir contre cette tendance à résoudre ce qui est insoluble; le défaut contraire a aussi ses inconvénients. Nous avons fréquemment entendu dire à des magistrats que, dans beaucoup de circonstances, ils auraient préféré n'avoir pas consulté de médecins, parce que leurs conclusions les avaient jetés dans une incertitude d'autant plus complète, qu'ils étaient incapables d'apprécier les motifs sur lesquels était basé le doute des experts.

En général, un médecin ne doit pas prendre de conclusions *ex abrupto*, à moins qu'il n'ait une grande habitude d'observer les mêmes faits sous le même point de vue ; c'est dans le silence du cabinet qu'il doit tirer les inductions de son observation.

Lorsqu'un rapport est terminé, il faut en faire immédiatement la remise entre les mains du magistrat qui vous a requis; on y joint l'ordonnance que l'on a reçue, et la lettre d'invitation qui vous a été transmise antérieurement; alors il est dressé un acte de dépôt du rapport, acte ainsi conçu :

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE du département de la Seine. — N° du P. N° du G. N° du J.	L'an mil huit cent trente le midi, par-devant nous juge d'instruction près le Tribunal de première instance du département de la Seine, assisté de commis greffier assermenté, en notre cabinet, au Palais de Justice à Paris, Est comparu M. docteur en médecine, âgé de demeurant à Lequel a déposé entre nos mains son rapport tout rédigé, relatif à la procédure instruite contre le n..... prévenu de coups et blessures, après avoir déclaré y persister et en avoir affirmé le contenu sincère et véritable, requérant taxe de la somme de pour visite, somme que nous lui avons allouée. Lecture faite, il a signé avec nous et le greffier.

Et le magistrat taxe le médecin, sur la lettre d'invitation, et dans les termes dont nous avons donné la teneur, p. 14.

Souvent un magistrat d'un ressort n'agit qu'en vertu d'une commission rogatoire qui lui est adressée par un de ses collè-

gues d'un autre ressort. Dans ce cas, la marche est la même à l'égard du médecin. Le magistrat rend une ordonnance en vertu de la commission rogatoire, et tout se passe dans l'ordre et dans les formes que nous avons énoncées précédemment.

FRAIS DE JUSTICE CRIMINELLE.

HONORAIRES ALLOUÉS AUX MÉDECINS, EXPERTS, ETC.

Extrait du décret du 18 juin 1811.

CHAPITRE II.

Des honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes.

Art. 16. Les honoraires et les vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, à raison des vacations qu'ils feront sur la réquisition des officiers de justice ou de police judiciaire dans les cas prévus par les articles 43, 44, 148, 332 et 333 du code d'instruction criminelle, seront réglés ainsi qu'il suit:

Art. 17. Chaque médecin ou chirurgien recevra, savoir:

1° Pour chaque visite et rapport, y compris le pansement s'il y a lieu, dans notre bonne ville de Paris . . . 6 fr.

Dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus. 5

Dans les autres villes et communes 3

2° Pour les ouvertures de cadavres et autres opérations plus difficiles que la simple visite et en sus des droits ci-dessus:

Dans notre bonne ville de Paris. 9

Dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus. 7

Dans les autres villes et communes 5

Lois, décrets, ordonnances, etc., antérieurs ou postérieurs au décret du 18 juin 1811 et dont les dispositions sont maintenues ou modifient ce décret.

Art. XVIII.

Ainsi le premier pansement ne peut jamais être regardé *comme opération plus difficile.*

Quelles que soient les opérations, il ne peut être accordé de plus fortes taxes que celles qui sont fixées par l'art. 17. On ne peut même augmenter ces allocations en vertu de l'art. 136 du règlement, attendu que les dispositions de cet article ne s'appliquent qu'aux dépenses extraordinaires et non prévues par ce règlement, et que l'on ne saurait se fonder sur quelque prétexte que ce puisse être sur cet article pour augmenter les honoraires des médecins et chirurgiens, puisque ces honoraires constituent une dépense ordinaire prévue et déterminée d'une manière invariable.

Un traitement étant accordé aux médecins et aux chirurgiens des prisons, ils sont obligés non seulement de soigner et de traiter les détenus blessés ou malades du moment où ils entrent dans la prison et pendant tout le temps qu'ils y restent, mais encore de rendre compte à l'autorité de l'état dans lequel ils le trouvent. Ce traitement doit être considéré comme une espèce d'abonnement pour les visites et rapports... Dans le cas dont il s'agit, l'indemnité allouée par le premier § de l'art. 17 ne peut être accordée

aux médecins et chirurgiens attachés aux prisons.

Mais il n'en est pas de même de celle dont parle le deuxième § de cet article ; cette indemnité leur est due lorsque, comme les autres médecins et chirurgiens, ils procèdent, soit dans les prisons, soit hors des prisons, aux opérations plus difficiles que la simple visite. Les droits de simple visite leur sont également dus quand elles se font hors des prisons.

Les mémoires des médecins, chirurgiens et sages-femmes seront dressés conformément aux modèles 8 et 9 (*v.* p. 29 et 30), et devront toujours être accompagnés des pièces indiquées dans ces modèles.

Art. 18. Les visites à faire par les sages-femmes seront payées :

À Paris. 3

Dans les autres villes et communes. 2

Art. 19. Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé.

Art. XIX.

Ce remboursement ne sera fait que lorsque les médecins, chirurgiens et sages-femmes auront joint à leurs mémoires un état détaillé des fournitures. Quand il les auront achetées, cet état sera quittancé par le vendeur.

Art. 21. Il ne sera rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 22. Chaque expert ou interprète recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport lorsqu'il sera fait par écrit, savoir :

A Paris. 5

Dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus 4

Dans les autres villes et communes 3

Les vacations de nuit seront payées moitié en sus.

La durée et le nombre des vacations doivent être constatés exactement par des procès-verbaux des magistrats ou officiers de police judiciaire qui président à l'opération. Ces procès-verbaux serviront ensuite de base à la taxe, et seront joints aux mémoires.

Les médecins et chirurgiens appelés pour procéder à des opérations chimiques doivent être assimilés aux experts en ce qui concerne l'indemnité qui peut leur être due.

Art. 24. Dans le cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, outre la taxe ci-dessus fixée pour leurs vacations, seront indemnisés de leurs frais de voyages et de séjour de la manière déterminée dans le chap. VIII ci-après.

Art. 25. Dans tous les cas où les médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes sont appelés soit devant le juge d'instruction, soit aux débats à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des témoins s'ils requièrent taxe.

CHAPITRE VIII.

Des frais de voyage ou de séjour auxquels l'instruction peut donner lieu.

Art. 90. Il est accordé des indemnités aux médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts, interprètes, témoins, jurés, huissiers, gardes champêtres et forestiers lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les art. 20, 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au-delà.

Art. 91. Cette indemnité est fixée par chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant, savoir :

1° Pour les médecins, chirurgiens, experts, interprètes et jurés à . . 2 fr. 50

2° Pour les sages-femmes, témoins, huissiers, gardes champêtres et forestiers à 1 50

Art. 92. L'indemnité sera réglée par myriamètres et demi-myriamètres. Les fractions de huit ou neuf kilomètres seront comptées pour un myriamètre, et celles de trois à sept kilomètres pour un demi-myriamètre.

(Cet article a subi des modifications, mais pour ce qui concerne les témoins seulement.)

LXXXIV.

Comme les distances se comptent du chef-lieu du canton, de l'arrondissement ou du département, au chef-lieu de la commune où se fait l'opération, il n'est dû aucune indemnité aux parties prenantes désignées dans cet article qui ne sortent pas de la commune où elles résident.

LXXXV.

La réduction des kilomètres en myriamètres ne doit pas se faire isolément, d'abord sur les kilomètres parcourus en allant, ensuite sur les kilomètres parcourus en revenant, mais sur les kilomètres *réunis*, *tant de l'allée que du retour*. Ainsi lorsque le domicile d'un témoin est éloigné d'un myriamètre trois kilomètres, on ne doit pas compter un myriamètre et demi pour l'allée et un myriamètre et demi pour le retour, mais il faut réunir les trois kilomètres parcourus en allant et les trois kilomètres parcourus en revenant, et compter en tout deux myriamètres six kilomètres, c'est-à-dire deux myriamètres et demi.

On doit faire attention que, quand la distance du domicile du témoin au lieu où il est appelé n'excède pas un myriamètre, il n'est dû aucuns frais de voyage. L'article 2 du décret du 7 avril 1813 est formel à ce sujet; mais il en est dû si la distance excède un myriamètre, ne fût-ce que d'un kilomètre; la taxe alors doit indiquer d'une manière exacte cette distance, et toujours en se conformant au tableau des distances, dressé en exécution de l'art. 93 du règlement.

(Ce dernier paragraphe n'est applicable qu'aux témoins, il ne l'est pas aux médecins, chirurgiens, etc.; ce qui le prouve ce sont les dispositions suivantes qui constituent l'art. 2 du décret du 7 avril 1813:)

« Art. 2. Les témoins qui ne sont pas domiciliés à plus d'un myriamètre du lieu

où ils seront entendus, n'auront droit à aucune indemnité de voyage. Il ne pourra leur être alloué que la taxe fixée par les art. 27 et 28 du règlement.

» Ceux domiciliés à plus d'un myriamètre recevront pour indemnité de voyage, s'ils ne sortent pas de leur arrondissement, 1 franc par myriamètre parcouru en allant, et autant pour le retour.

» S'ils sont appelés hors de leur arrondissement, cette indemnité sera de 1 franc 50 centimes.

» Dans les deux derniers cas, la taxe fixée par les art. 27 et 28 sus énoncés ne sera pas allouée, sans cependant rien innover à l'art. 30 dudit règlement relatif aux frais de séjour. »

La loi établit donc une distinction très tranchée entre les médecins, chirurgiens, experts, interprètes et jurés, qui constituent une première catégorie, et les sages-femmes, témoins, huissiers, gardes champêtres et gardes forestiers, qui en forment une seconde. Pour la première catégorie, elle laisse subsister les art. 90 et 91 sans modifications; pour la seconde, ces deux articles sont modifiés par les dispositions que nous venons de faire connaître et qui ont été consignées dans le décret du 7 avril 1813.

Art. 91. Cette indemnité est fixée par chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant, savoir:

1° Pour les médecins, chirurgiens, experts et jurés à . . . . 2 fr. 50

2° Pour les sages-femmes, témoins, huissiers, gardes champêtres et gardes forestiers à . . 1 50

Art. 94. L'indemnité de deux francs cinquante centimes sera portée à trois francs, et celle de un franc cinquante centimes à deux francs pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février.

LXXXVII.

Art. 4. L'augmentation de taxe accordée par l'art. 94, pour frais de voyage pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février, est également supprimé tant pour les témoins que pour les autres parties prenantes désignées dans l'art. 94.

Cet article 4 du décret du 7 avril 1813 vient à l'appui de la dernière observation que nous avons faite à l'égard de la distinction en deux catégories des parties prenantes; car ici l'article est général, et on a eu le soin de le spécifier par l'annotation suivante : « Ces parties prenantes sont les médecins, chirurgiens, etc., » ce que l'on n'a pas fait pour l'art. LXXXV.

L'article suivant vient encore confirmer notre manière de voir.

Art. 95. Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés, dans le cours de leur voyage, par force majeure, ils recevront une indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

Ceux de la première classe.	2 fr.	
Ceux de la seconde classe. .	1	50

Ils seront tenus de faire constater par le juge de paix ou ses suppléants, ou par le maire, ou à son défaut par ses adjoints, la cause du séjour forcé en route, et d'en représenter le certificat à l'appui de leur demande en taxe.

Art. 96. Si les mêmes individus autres que les jurés, huissiers, gardes champêtres et forestiers sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité fixée ainsi qu'il suit :

Pour les médecins, chirurgiens, experts et interprètes

A Paris.	4 fr.	
Dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus.	2	50
Dans les autres villes et communes.	2	
Pour les sages-femmes et témoins à Paris.	3	
Dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus.	3	
Dans les autres villes et communes	1	50

LXXXVIII.

La première classe se compose des médecins, chirurgiens, interprètes et jurés.

La seconde classe, des sages-femmes, témoins, huissiers, gendarmes, gardes champêtres et forestiers.

Nous donnons ici les deux modèles nos 8 et 9 indiqués dans l'article XVIII des lois, décrets, ordonnances, etc., antérieures ou postérieures au décret du 18 juin 1811, et dont les dispositions ont été maintenues. Le premier tableau indique la forme à suivre dans la confection des mémoires annuels que les médecins *habituellement* employés doivent présenter pour faire acquitter les honoraires que la loi leur alloue. Le second concerne seulement les expertises chimiques. La production de ces mémoires entraîne à des vérifications nombreuses, et par cela même à des lenteurs dans leur acquittement. Les magistrats évitent ces inconvénients en taxant isolément chaque affaire et en déclarant *non habituellement employés* les médecins qu'ils ont désignés. Cette marche n'est pas tout-à-fait légale ; mais elle est tolérée.

FRAIS de JUSTICE CRIMINELLE.
—
Mois d de l'an
—
N... (sa qualité).

MODÈLE N° 8.
—
Art. 16 et 17 du règlement du 18 juin 1811.

Mémoire des honoraires dus à N... (médecin ou chirurgien), à ..., canton de ..., arrondissement de ..., pendant le ...

Nos D'ORDRE.	DATES des opérations.	ESPÈCES des crimes ou délits.	AUTORITÉS qui ont requis les visites et les opérations.	NATURE des OPÉRATIONS.	NOMBRE DE Visites.	Opérations plus difficiles que la simple visite.	Myriamètres parcourus.	Jours de séjour.

RÉCAPITULATION.	Nombre.	Prix.	Montant.	Articles du règlement.	Taxe du juge.	Règlement du préfet.	OBSERVATIONS.
Visites							
Opérations plus difficiles.							
Myriamètres parcourus. .							
Jours de séjour.							
Médicaments fournis suivant la note ci-jointe, sous le n°	. . .	. . .					
TOTAUX. . .							

Je soussigné, chirurgien, certifie véritable le présent mémoire pour la somme de

A le 18

Joindre à l'appui de chaque opération la réquisition qui y a donné lieu.

Ce mémoire doit être fait en triple expédition. Il faut joindre à l'appui de chaque opération, *sous peine de rejet*, le réquisitoire qui y a donné lieu.

Pour en opérer la vérification, les magistrats sont obligés de recourir à tous les dossiers relatifs aux affaires qui s'y trouvent énoncées; les pièces sont ensuite transmises au préfet, et ce n'est qu'après un second contrôle que le receveur de l'enregistrement est autorisé à en acquitter le montant. On voit par là que pour peu qu'il y ait erreur de part ou d'autre, un temps considérable est employé à des contrôles de pure forme.

FRAIS
de
JUSTICE CRIMINELLE.
—
Mois d
de l'année 18
—
N... (sa qualité).

Mémoire des vacations dues à N..., expert près la cour (ou tribunal), séant à ..., pendant le ... 18

MODÈLE N° 11
—
Article 22 du règlement du 18 juin 1811.

Nos d'ordre.	DATES des vacations.	NATURE des crimes, délits ou contraventions.	AUTORITÉS qui ont requis les opérations.	NATURE des opérations.	NOMBRE DE VACATIONS DE jour.	NOMBRE DE VACATIONS DE nuit.	NOMBRE DE Myriamètres parcourus.	NOMBRE DE Jours de séjour.

RÉCAPITULATION.	Nombre.	Prix.	Montant.	Articles du règlement.	Taxe du juge.	Reglement du préfet.	OBSERVATIONS.
Vacations de jour							Joindre à l'appui de chaque opération, *sous peine de rejet*, le réquisitoire qui y a donné lieu. Lorsqu'il s'agit de rembourser à l'expert des fournitures qu'il a achetées d'un tiers, l'expert doit joindre à son mémoire un état détaillé et dûment quittancé par le vendeur
Vacations de nuit							
Myriamètres parcourus.							
Jours de séjour.							
Fournitures de drogues employées pour l'expertise suivant la note ci-jointe	. . .	. . .					
TOTAUX							

Je soussigné, expert, certifie le présent mémoire pour la somme de
A le 18

On nous a plusieurs fois consulté sur la question de savoir si un médecin appelé par un magistrat pour recevoir une mission de ses mains avait droit à une taxe. L'art. 25 du règlement du 18 juin 1811 n'est pas très précis à cet égard, mais le 4e § de l'art. XVII des lois, ordonnances, etc., résout la difficulté. Il est extrait des circulaires des 23 septembre et 30 décembre 1812; il est ainsi conçu : « Les médecins et experts doivent être appelés *par un simple avertissement*, sans citation, dans tous les cas où leur ministère est requis, soit dans le cours de l'instruction, soit au moment de l'audience. Lorsque c'est le procureur du roi qui les requiert pour procéder hors de sa présence, l'intérêt de la justice exige qu'il leur adresse, en même temps que l'avertissement, des instructions suffisamment détaillées sur les points

qu'ils ont à constater. Pour prévenir tout refus ou mauvais prétexte de la part des personnes qui seront ainsi appelées, chaque cour, chaque tribunal, peut faire choix à l'avance, comme on vient de le dire pour les médecins, d'hommes expérimentés dans telle ou telle partie, et se les attacher de manière qu'on soit plus assuré de les trouver au besoin, ou qu'ils puissent se suppléer réciproquement; *et s'il y a lieu de leur accorder des taxes comme témoins, elles pourront être délivrées au bas de l'avertissement visé par l'officier du ministère public.* »

Par conséquent, le médecin appelé à recevoir une mission judiciaire a droit *à une taxe de témoin*, mais il faut qu'il la requière *formellement.* Il est d'usage de ne pas faire cette demande. Il leur serait de plus accordé une indemnité de déplacement si la distance parcourue excédait celle de deux kilomètres à partir de leur résidence; et ici, les frais de déplacement leur devraient être comptés à raison de leur qualité, et non pas comme à des témoins; l'art. 24 est général.

Aucun honoraire ne saurait être alloué aux médecins pour le dépôt de leur rapport, car cette démarche fait partie de la mission qu'ils ont reçue, elle en est le complément.

Il n'y a que trois cas où le médecin légiste soit considéré comme expert : 1° quand il est appelé à un tribunal en vertu du pouvoir discrétionnaire du président, pour résoudre immédiatement les questions qui lui sont posées; 2° quand une consultation médico-légale lui est demandée; 3° quand il procède à une analyse en matière d'empoisonnement, de faux, de taches, etc. Hors ces cas, on le considère comme un médecin ou un chirurgien ordinaire, et on le taxe en raison de l'opération qu'il a faite, ainsi que cela est indiqué dans l'art. 17.

Il est rare qu'un médecin réclame des honoraires quand il est appelé en vertu du pouvoir discrétionnaire des présidents de cours d'assises. Lorsqu'il s'agit d'une consultation médico-légale, il agit alors à titre d'expert; il doit par conséquent faire connaître au juge le nombre de vacations qui a été employé à l'examen des pièces et à la confection de la consultation. Cela se fait ordinairement par une annotation placée au bas de la

consultation. On peut disposer le rapport qui suit l'expertise, en fait d'analyse chimique, par vacations, dans l'ordre où elles ont été employées, ce qui les énumère naturellement, ou bien, ce qui est plus régulier, en faire dresser acte par le magistrat qui a assisté à l'expertise; ou bien enfin, les indiquer jour par jour au bas du rapport, sous la forme d'un tableau. A ce rapport est joint, à part, le mémoire des dépenses faites en instruments de chimie et en réactifs.

Lorsque dans la même visite un médecin examine plusieurs individus, sur les blessures desquels il devra rapporter, la taxe de cette visite se multiplie en raison du nombre des individus examinés, quoique le rapport soit collectif.

Des garanties légales données aux experts pendant l'exercice de leurs fonctions.

Personne, que nous sachions, n'a encore fait connaître aux médecins, chirurgiens, experts, les garanties qu'ils pouvaient trouver dans la loi durant l'exercice de leurs fonctions : nous allons chercher à combler cette lacune.

Aux termes de la loi, un médecin, un expert quelconque, ne devrait agir qu'en présence d'un magistrat. Mais dans une foule de circonstances les médecins se transportent seuls sur les lieux où les expertises doivent être faites, porteurs qu'ils sont d'une ordonnance qui les commet à cet effet. En général, ils n'éprouvent aucun refus ; ils ne reçoivent jamais d'insulte, ou ils ne sont pas l'objet de violences exercées contre eux par les parties intéressées; mais, le cas échéant, il faut qu'ils soient à même de prévenir des voies de fait, en faisant connaître aux personnes qui pourraient vouloir les exercer, les peines qu'elles s'exposent à encourir, et il nous suffira de rapporter le texte des articles suivants pour remplir le but que nous nous proposons.

(Art. 230, C. P.) Les violences de l'espèce exprimée en l'art. 228, dirigées contre un officier ministériel, un agent de la force publique, *ou un citoyen chargé d'un ministère de service public,* si elles ont eu lieu *pendant qu'ils exerçaient leur ministère, ou à cette occasion*, seront punies d'un emprisonnement d'un mois à six mois.

(Art. 231, C. P.) Si les violences exercées contre les fonctionnaires

et agents désignés aux art. 228 et 230 ont été la cause d'effusion de sang, blessures ou maladie, la peine sera la réclusion; si la mort s'en est suivie dans les quarante jours, le coupable sera puni des travaux forcés à perpétuité.

(Art. 232, C. P.) Dans le même cas où ces violences n'auraient pas causé d'effusion de sang, blessures ou maladies, le coupable sera puni de la réclusion si les coups ont été portés avec préméditation ou de guet-apens.

(Art. 233, C. P.) Si les coups ont été portés ou les blessures faites à un des fonctionnaires ou agents désignés aux art. 228 et 230, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, avec intention de donner la mort, le coupable sera puni de mort.

DES RAPPORTS ADMINISTRATIFS.

Les règles que nous avons tracées à l'égard des rapports judiciaires sont applicables à la confection des rapports administratifs. Qu'il s'agisse de recherches propres à constater l'existence d'un corps de délit, ou de recherches relatives à la solution d'une question de salubrité, il faudra toujours que le rapport fait à l'occasion de l'une ou de l'autre expertise comprenne trois parties: un préambule, une narration de faits, et des conclusions. C'est donc la même marche à suivre.

Les médecins doivent attacher autant d'importance aux rapports administratifs qu'aux rapports judiciaires; car si, dans ce dernier cas, il s'agit de l'application de peines afflictives ou infamantes, dans le premier, la fortune et l'existence de toute une famille sont parfois compromises.

Trop souvent les médecins acceptent avec légèreté de pareilles missions; trop souvent ils sont dépourvus des connaissances physiques, chimiques et manufacturières qu'elles réclament. Généralement, ces fonctions sont tellement spéciales, que, dans les villes les plus importantes de France, on a créé des conseils de salubrité composés de médecins, de pharmaciens, de chimistes, de manufacturiers, dans le but d'éclairer l'autorité et de ne pas compromettre les intérêts généraux et particuliers.

Que le médecin chargé de faire un rapport sur une matière aussi délicate refuse donc la mission qui lui sera confiée, plutôt que de mettre en péril l'industrie d'une famille; ou, s'il ne se sent pas assez d'empire sur lui-même pour faire un sacrifice à son amour-propre, qu'il s'adjoigne un ou plusieurs confrères

sous un prétexte quelconque, mais dans le but réel de porter un jugement éclairé et consciencieux.

Dans l'accomplissement des missions de ce genre, on est presque toujours exposé à des sollicitations de toute espèce : d'un côté, les personnes intéressées au déplacement ; de l'autre, les propriétaires de l'usine. C'est au médecin à se prémunir contre ces influences. Il y parvient facilement alors qu'il pénètre dans tous les détails des opérations qui constituent la fabrication, et qu'il forme sa conviction, non pas sur le dire des personnes qui l'entourent, mais bien sur ses observations personnelles.

Nous allons rapporter un exemple de rapport administratif qui, mieux que tout ce que nous pourrions écrire à ce sujet, fera sentir l'importance de ces sortes de missions en même temps qu'il servira de modèle, quoique nous n'adoptions pas toutes les opinions émises par M. Parent-Duchâtelet, qui l'a rédigé. On y verra que ces actes se rapprochent des consultations médico-légales par les détails qu'ils comportent, et les rapprochements de faits qu'ils nécessitent pour servir de base à la manière de voir du rapporteur.

RAPPORT *fait au conseil de salubrité de Paris sur les inconvénients que présente le battage de tapis, par* M. PARENT-DUCHATELET. (*Extrait des* Annales d'hygiène et de méd. lég., t. X.)

MONSIEUR LE PRÉFET,

OBS. I. Un batteur de tapis, M. V..., vous a demandé l'autorisation d'établir ses magasins et d'exercer son industrie dans un local qu'il dispose à cet effet dans la rue Marbœuf, à Chaillot.

Le commissaire de police du quartier et l'architecte de la petite voirie, considérant la grande étendue de terrains vagues et peu habités au milieu desquels se trouve l'emplacement choisi par le sieur V..., ont pensé que cet industriel ne nuirait pas aux voisins, et ont en conséquence donné, dans leurs rapports, des avis qui lui sont favorables.

Cette opinion du commissaire de police et de l'architecte de la préfecture n'a pas été partagée par les voisins du sieur V..., et par les nombreux propriétaires de terrains disséminés dans un rayon de cinq ou six cents pas : non seulement ils ont consigné leurs plaintes dans le procès-verbal d'enquête dressé par le commissaire de police, mais ils les ont encore reproduites en termes énergiques dans une pétition qu'ils vous ont directement adressée.

Le nombre et la position sociale des plaignants, l'importance qu'ils attachent à cette affaire, les démarches qu'ils multiplient et l'énergie

qu'ils déploient, ont fait penser au conseil de salubrité qu'il ne fallai pas assimiler à un établissement ordinaire celui que veut fonder le sieur V... ; en conséquence, il a chargé cinq de ses membres de visiter le local et de s'entendre pour cela, non seulement avec les parties intéressées, mais encore avec les deux commissaires de police de Chaillot et des Champs-Élysées. Cette commission s'est transportée sur les lieux le 30 du mois dernier; elle a examiné avec soin toutes les dispositions; elle a écouté les observations qui lui ont été faites; et, après une discussion sérieuse, elle consigne dans le rapport suivant l'opinion qu'elle a dû se former. On peut ranger dans trois catégories distinctes les motifs d'opposition allégués :

L'insalubrité,

L'incommodité,

Les dépréciations des terrains et des habitations voisines.

Sous le rapport de l'insalubrité, les opposants prétendent que la poussière qui sort de ces tapis n'est composée que des déjections animales, de teignes et de vermines, qui, emportées par l'air, détruisent promptement, non seulement les meubles, mais encore les arbres et les plantes; qu'elle absorbe et porte avec elle les principes de maladies diverses; qu'elle cause des ophthalmies, des toux, des irritations de poitrine, et que les parcelles laineuses qu'elle entraîne avec elle donnent naissance à des crachements de sang, qui se terminent par la phthisie; ils apportent en preuve de ce qu'ils avancent les ouvriers occupés au battage des tapis, que l'on ne trouve que difficilement, qui sont payés fort cher, qui restent pâles et maigres, et qui ne peuvent se soustraire à l'asthme et autres maladies de la poitrine.

Nous ne nous arrêtons pas à combattre l'opinion des opposants sur les inconvénients que peuvent avoir pour les arbres et les plantes les mites qui sortent de ces tapis et leur transport à une grande distance par le moyen de l'atmosphère; les notions les plus superficielles d'histoire naturelle leur auraient appris combien est futile, pour ne pas dire ridicule, une pareille objection. L'administration ne doit donc pas s'en occuper.

Sous le rapport de l'influence que la poussière peut avoir sur la santé, la question devient plus grave; il est en effet généralement admis que la poussière, et surtout les duvets et détritus laineux, nuisent à la poitrine de ceux qui les respirent. Cette opinion est consignée dans les ouvrages de ceux qui ont recherché quelle pouvait être sur la santé l'influence des professions; elle est enseignée dans les chaires et dans les cours de clinique, et n'a pas jusqu'ici trouvé de contradicteur. Ne paraît il pas en effet de toute évidence que des corps qui entrent dans la poitrine doivent l'irriter, et, par cette excitation long-temps continuée, déterminer des lésions plus ou moins graves dans un organe aussi délicat et aussi important que le poumon? Cette théorie est spécieuse : est-elle bien fondée sur l'observation? il est permis d'en douter. Nous allons citer à ce sujet quelques observations faites en grand, et qui, si elles ne résolvent pas la question d'une manière complète, peuvent au moins l'éclairer.

Nous avons visité dans tous les hôpitaux et hospices de Paris les ateliers où sont battus les matelas sur lesquels sont morts un grand nombre d'individus; nous avons questionné les ouvriers qui s'y trouvent, et tenu note de leurs réponses, et de ces réponses il résulte que tout individu bien portant pourra vivre impunément dans une atmosphère infecte et tellement chargée de poussière, qu'à peine pourra-t-on y

voir; mais que tout individu phthisique ou disposé à la phthisie ne pourra y résister.

Nous avons fait les mêmes recherches dans les ateliers destinés à la confection des matelas des gendarmes et des pompiers de Paris, des anciens gardes-du-corps, de l'ancienne garde royale, et de la garnison de Paris; leur résultat a été analogue.

Nous avons vu à Saint-Ouen, dans les ateliers de M. Ternaux, et avec ce célèbre manufacturier, l'endroit où l'on battait les poils de cachemire et de chameau. On ne peut se faire une idée de la poussière épaisse et suffocante qui existait dans cet endroit, et cependant, de l'aveu des ouvriers et de M. Ternaux lui-même, elle n'altérait pas leur santé, bien qu'elle fût extrêmement incommode; nous y avons vu des ouvriers et même des Arabes qui, depuis plusieurs années, ne quittaient pas cet atelier.

Il existe à Paris un grand nombre d'ateliers de dix, quinze, vingt femmes et plus, occupées à couper les poils de lièvre et de lapin; leurs cheveux et leurs vêtements en sont couverts; elles en respirent donc des quantités énormes, car elles ne peuvent travailler que dans un endroit fermé; et malgré cela, ces femmes se portent bien et font ce métier depuis plusieurs années.

A l'appui de l'observation recueillie sur ces femmes, nous pourrions citer les chapeliers arçonneurs : c'est par centaines que nous avons vu ces ouvriers, qui nous ont tous surpris par leur belle et brillante santé, et par le bon état de leurs organes respiratoires.

Quelque graves et importantes que soient les observations que nous avons faites en ville sur les chapeliers arçonneurs et les coupeurs de poils, elles ne sont pas aussi concluantes que celles qui nous ont été fournies par deux ateliers de cette nature qui existaient, il y a quelques années, à Bicêtre et dans le dépôt de Saint-Denis. Dans le premier de ces établissements, vingt-cinq ouvriers coupeurs de poils étaient amoncelés dans un très petit espace; on ne les renouvelait pas; on pouvait les observer sans cesse; ils ne quittaient jamais leur atelier que pour dormir; ce qui ne les empêchait pas d'être très bien portants et de respirer comme tout le monde. Il en était de même des chapeliers; nous avons constaté ce fait avec notre collègue Villermé.

En voilà assez sur les poussières considérées comme substance animale, comme produits de déjections et comme chargées de miasmes et de principes de maladies; examinons-les maintenant comme corps simplement inertes.

Certes, si l'argile et le silex, réduits en poudre, par leur seule introduction dans la poitrine, déterminent des crachements de sang et amènent la phthisie, que deviendraient, sans parler de nos balayeurs un été, nos cochers, nos postillons et nos voyageurs; que deviendraient une foule de personnes dont les habitations sont placées sur le bord de nos routes?

Nos plâtriers, que nous avons étudiés sur toutes les exploitations qui se trouvent autour de Paris, peuvent respirer impunément le plâtre brûlant; nos charbonniers ne sont pas plus sensibles à la poussière de charbon, assez dure pour polir les métaux, que nos mineurs à celle de la houille. Ceux qui brûlent le noir animal vivent-ils moins long-temps que nos meuniers et nos boulangers? N'est-on pas revenu sur les préventions que l'on avait depuis long-temps sur les préparations que l'on fait subir au tabac et sur leur influence? Enfin, les observations récentes de M. Andral sur les tailleurs de cailloux à Meusnes n'ont-elles

pas jeté quelques doutes sur la véritable cause de cette phthisie? Mais cette question, ainsi que ce qui regarde les broyeurs de silex dans les fabriques de faïence, reste dans l'incertitude, et a besoin d'être étudiée de nouveau.

Si l'on soumet à l'action des poussières ces individus dont la respiration est plus ou moins gênée, qui sont péniblement affectés lorsque le baromètre varie de quelques lignes et l'hygromètre de quelques degrés, ou ces autres individus éminemment menacés de la phthisie, nul doute que dans ce cas elles ne leur soient pernicieuses ; mais faudrait-il pour cela en accuser les poussières, et dire qu'elles déterminent par elles-mêmes la phthisie?

Autant vaudrait faire le même reproche à ces légers travaux de l'aiguille qui déterminent des fatigues, des toux, des douleurs de dos à toutes les personnes dont la poitrine est compromise. Il ne faut pas excepter de ces travaux le simple tricot.

Ces détails nous ont paru suffisants pour indiquer à l'administration ce qu'elle doit penser des craintes manifestées par les habitants de Chaillot sur les dangers que peuvent leur faire courir les poussières qui s'élèvent d'un atelier où l'on bat des tapis; et pour réduire une partie des oppositions à leur juste valeur, examinons maintenant ces ateliers sous le rapport de l'incommodité.

Sous le rapport de l'incommodité, les inconvénients d'un battage de tapis sont évidents : ils tiennent à la poussière et au bruit.

La poussière qui sort de ces tapis est abondante; mais elle est pesante, et tombe en grande partie dans le voisinage du métier. Le rapporteur de la commission qui a été chargé, il y a quelques années, d'une affaire semblable dans la rue Sainte-Avoie, a pu constater qu'elle ne s'étendait guère à plus de 60 à 80 pieds; mais le vent de la rue Marbœuf pousse la poussière plus loin, et nul doute que dans ce cas elle ne nuise aux plantes potagères qui se trouvent dans les jardins voisins. On pourrait à la vérité beaucoup diminuer les inconvénients en entourant l'emplacement où se fait le battage de tapis d'un mur de 15 à 20 pieds de hauteur; mais les opposants se contenteront-ils de cette mesure? c'est ce dont il est permis de douter. En tous cas, deux ou trois des voisins les plus rapprochés auraient seuls le droit de se plaindre; les réclamations des autres ne méritent pas sur ce point d'être prises en considération.

Est-il rien de plus assourdissant et de plus désagréable que le bruit qui, pendant quatre ou cinq mois de l'année, dure depuis le matin jusqu'au soir? Il n'existe point de bruit fait avec le marteau qui, sous ce rapport, puisse lui être comparé : c'est contre le bruit et non contre la poussière que se sont soulevés les habitants de la rue Sainte-Avoie.

On dira peut-être en faveur de l'établissement du sieur V... que le vaste espace au milieu duquel il se trouve diminuera singulièrement l'inconvénient de ce bruit, et que sous ce rapport il ne peut être assimilé à celui de son confrère de la rue Sainte-Avoie.

Tout en partageant cette manière de voir, et en convenant de son exactitude, nous dirons que l'administration fut obligée, il y a quelques années, de faire déguerpir de dessous une arche du Pont-Neuf un batteur de tapis qui s'y était établi, tant furent fortes et nombreuses les plaintes de tous les habitants du quai des Augustins, de la Monnaie et des autres lieux voisins ; et où trouver un espace plus vaste et un local en apparence mieux disposé pour le battage de tapis que celui dont nous venons de parler? Ce fait à lui seul fait mieux sentir que toutes les dissertations les inconvénients de la profession.

Reste à examiner les dépréciations qu'éprouvent les terrains et les habitations voisines par l'établissement d'un atelier de battage de tapis au milieu de l'espace qu'ils occupent.

Sous ce dernier rapport, les craintes des opposants sont les plus fondées. Tous les terrains destinés aux constructions ont une grande valeur, ils se couvrent tous les jours de maisons d'agrément; or, qui consentira jamais à bâtir à côté d'un batteur de tapis? On peut donc dire sans crainte d'exagération qu'en autorisant l'établissement du sieur V... on ruine tous ceux qui l'entourent.

Le quartier des Champs-Élysées répugne à toute industrie qui peut s'exercer ailleurs; il faut donc autant que possible l'en éloigner. Il existe à Paris tant d'autres emplacements qui lui sont favorables!

D'après ce qui vient d'être dit, il résulte que sous le rapport de la salubrité, les plaintes des opposants ne sont pas fondées, et qu'ils n'ont rien à redouter de l'établissement projeté;

Qu'il n'en sera pas de même des inconvénients causés par la poussière, et surtout par le bruit qui est particulier au battage du tapis.

Enfin il résultera de l'exécution des projets du sieur V... une détérioration notable de la valeur de tous les terrains voisins, de la ruine de tous ceux auxquels appartiennent les propriétés contiguës.

Les membres de la commission pensent donc que l'autorisation demandée doit être refusée.

Les conclusions de ce rapport, lu dans la séance du 7 mai 1833, ont été adoptées par le conseil et par l'administration, qui, en conséquence, n'a pas accordé l'autorisation demandée.

DES RAPPORTS D'ESTIMATION.

Un rapport d'estimation n'est réellement qu'un contrôle exercé par un médecin, sur un mémoire d'objets fournis, ou de soins donnés. Il ne s'agit que d'apprécier à leur juste valeur et les uns et les autres.

La forme de ces rapports est donc la même; seulement il est des règles tracées par Devaux, dont il est bon de ne pas s'écarter. Les voici :

1° Marquer en marge du mémoire qui a été présenté le jugement porté sur chaque article, pour prouver que l'on a fait droit sur tous, avec l'exactitude requise.

2° Si l'on réduit le prix d'un article à une moindre somme, cette somme modifiée doit être marquée en chiffres.

3° Lorsqu'on ne trouve rien à retrancher, on doit mettre en marge le mot *bon*.

4° Le travail terminé, on doit le certifier en bas du mémoire.

5° Dans l'appréciation des honoraires réclamés par la partie intéressée, il faut avoir égard à la nature et à la gravité de la

maladie; aux soins qu'elle a dû nécessiter; à sa durée; aux pansements dont elle a été l'objet; à la proximité ou à l'éloignement du malade, et surtout à la qualité et à la fortune de ce dernier.

6° Quand il s'agit de la fourniture de médicaments, on doit adopter un prix moyen auquel les substances sont débitées chez les pharmaciens.

CONSULTATIONS MÉDICO-LÉGALES.

On donne ce nom à un examen *approfondi* de tous les rapports médicaux faits en justice à l'occasion d'une affaire criminelle ou correctionnelle; examen dont on tire des conséquences qui confirment ou infirment celles qui ont été déduites des faits observés par les premiers experts.

Cette dénomination n'est pas consacrée en justice; la loi ne parle nulle part des consultations médico-légales; elle s'y trouve comprise dans l'expression générale de *rapport*.

Les consultations médico-légales peuvent avoir deux sources différentes : elles sont demandées, ou par la partie inculpée, ou par le ministère public.

Elles se font presque toujours avant un jugement prononcé, mais elles peuvent avoir lieu après, si la partie qui a succombé considère la chose comme mal jugée; dans ce dernier cas, ce sont toujours des affaires très graves qui y donnent lieu, et quelquefois ces consultations deviennent la source de réhabilitations d'individus condamnés à des peines infamantes.

Plusieurs médecins sont ordinairement consultés à la fois. Comme dans le cas d'un simple rapport, ils sont convoqués par un magistrat, et réunis auprès de lui pour requérir et recevoir leur acceptation, ainsi que pour leur faire prêter serment. Alors on met à leur disposition : 1° les différents rapports des médecins qui ont déjà été appelés à donner leur avis; 2° toutes les pièces de l'instruction que l'on croit propres à éclairer sur l'opinion à émettre.

Les consultations ne sont pas toujours demandées par des magistrats qui siègent dans la ville où résident les médecins

consultés. Ainsi, dans des affaires très graves, les assassinats, les empoisonnements, il arrive souvent que la justice n'est pas suffisamment éclairée par les rapports des hommes de l'art qui ont examiné le corps du délit sur les lieux; ou bien il y a dissidence dans la manière de voir des experts. Dans ces sortes de cas, la communication des pièces n'est pas directe, du magistrat éloigné aux médecins consultés. Le magistrat éloigné adresse à un juge d'instruction du lieu de la résidence des médecins une *commission rogatoire*, par laquelle il l'invite à consulter qui de droit, en même temps qu'il lui transmet le dossier de l'instruction ; souvent même on y joint des plans que l'on a fait lever dans le but de retracer la disposition des localités dans lesquelles le crime a été commis. — Le juge d'instruction rend une ordonnance qu'il adresse aux médecins dans la forme accoutumée des rapports; elle reproduit les termes de la commission rogatoire dans laquelle ont été exposées toutes les questions que les débats pourront soulever par la suite, en raison de la nature de la cause et de la différence dans les opinions émises.

On peut déjà voir par ces préliminaires qu'une consultation médico-légale est un acte dont les limites sont beaucoup plus étendues que celles d'un rapport. Ici il n'y a pas seulement observation de faits et conclusion; les faits doivent y être l'objet d'une discussion, de commentaires; et ces commentaires, sont appuyés de tous les raisonnements jugés convenables et de faits même étrangers à la cause puisés dans les auteurs qui ont traité de la matière. C'est là ce qui établit une différence entre un rapport et une consultation médicolégale.

Chaque médecin doit alors examiner dans son cabinet, et en particulier, toutes les pièces qui lui sont remises. Mais, avant de procéder à cet examen, il est une précaution qu'il est nécessaire de prendre; elle consiste à cacher les noms des premiers rapporteurs, de manière à ce que l'on ne les connaisse pas jusqu'au moment où la consultation médico-légale sera complétement terminée. Dans quelque position que nous nous trouvions placés, nous nous laissons plus ou moins influencer par l'autorité d'un nom, ou par sa nullité; dans le premier cas, nous

sommes portés à faire plier notre manière de voir à celle de l'expert; dans le second, nous sommes dominés par une tendance à traiter fort légèrement les opinions émises : la *vérité*, la *conscience*, rejettent loin d'elles ces deux extrêmes. Un homme d'un mérite supérieur peut se tromper; un médecin dont le nom est inconnu souvent a droit aux mêmes égards que celui dont le mérite transcendant s'est fait jour au dehors; mais ces égards pour l'un et pour l'autre ne s'entendent que de la forme, car la vérité seule doit toujours prévaloir.

Examinant alors avec le plus grand soin chacun des rapports, on pèse à leur plus juste valeur les faits qu'ils renferment; on juge de leur valeur absolue et de leur valeur d'ensemble; on les coordonne pour en tirer des conclusions; on compare les conclusions que l'on prend et l'interprétation que l'on donne aux faits, avec celles des premiers experts; et si elles présentent des dissidences, on recherche quels ont pu être les motifs qui ont guidé le premiers rapporteurs dans leur détermination. Si ce nouvel examen conduit aux mêmes résultats, alors, fort de sa conscience, on persiste dans sa manière de voir, et on l'appuie de tous les faits et de tous les raisonnements qui peuvent la faire reposer sur un base solide.

On procède alors à la rédaction de la consultation, qui comprend quatre parties distinctes :

1° Le préambule;

2° L'exposition des faits;

3° La discussion des faits;

4° La conclusion.

Le *préambule* est le même que dans tout rapport; seulement il faut y énumérer les pièces qui ont été soumises aux experts, et désigner chacune d'elles en particulier.

L'*exposition des faits* consiste dans un extrait méthodique de tous les faits puisés dans les pièces de l'instruction. Il faut les coordonner et les classer par numéros, dans l'ordre des événements qui se sont succédé, ou des observations qui ont été faites; ainsi ce sera un résumé succinct des circonstances dans lesquelles un crime aura été commis. S'agit-il, par exemple, d'un empoisonnement, on passera successivement en revue

les faits qui se rattachent aux symptômes morbides observés; les altérations pathologiques décrites à l'occasion de l'ouverture du corps ; on extraira des rapports les preuves chimiques que les expériences auront fournies, etc., etc. Parmi ces faits, les plus probants, ceux dont on veut tirer par la suite des inductions, seront soulignés.

La partie qui comprend la *discussion des faits* est la plus difficile ; elle exige de la part du médecin beaucoup d'ordre et de sagacité ; il faut qu'il s'élève des moindres preuves à celles de l'ordre le plus élevé ; qu'il commente les faits, soit isolément, soit groupés deux à deux, trois à trois, etc. C'est alors qu'il peut puiser dans le domaine de la science pour y recueillir des faits étrangers à la cause, mais offrant avec elle de la similitude ; ces faits, pris dans les auteurs les plus recommandables, donnent ordinairement beaucoup de poids aux consultations. Le médecin consulté peut se livrer à des expériences sur les animaux, à des recherches chimiques nouvelles ; en un mot, dans les consultations médico-légales, il n'y a pas de bornes tracées, pas de limites posées à l'expert ; et plus il fournira de documents, plus il éclairera l'objet de la discussion ; aussi c'est dans cette partie de la consultation qu'il peut faire valoir l'autorité des médecins légistes appelés à résoudre de semblables questions.

Il en est, en effet, en médecine légale comme en jurisprudence : dans les cas difficiles on cherche des analogies dans les faits accomplis et dans les jugements rendus antérieurement, pour appuyer de nouveaux faits, et guider les magistrats dans la route incertaine où ils pourraient s'engager.

Enfin la *conclusion* (qui est la conséquence de la discussion précédente) sera exposée avec clarté ; mais dans les consultations médico-légales, elle doit être *indispensablement* motivée ; aussi faut-il y rappeler les numéros d'ordre qui ont été apposés à chaque fait de la seconde partie ou à ceux de la troisième. Cette conclusion ne restera pas isolée ; il faudra la faire suivre d'un commentaire qui fasse ressortir en quoi elle diffère de la conclusion des premiers experts.

Cet aperçu sommaire des règles à observer dans la confection

d'une consultation médico-légale, doit suffire pour faire ressortir les différences qui existent entre cet acte et les rapports; il donne aussi une idée de son importance; il exige non seulement de la sagacité, mais encore de l'instruction, et l'on peut dire une instruction spéciale, puisée dans la pratique de la médecine légale et dans la lecture des auteurs qui ont écrit sur la matière. Enfin nous ferons observer qu'une fois entrés dans le champ des consultations, les magistrats ou les parties intéressées ne s'en tiennent pas toujours à un seul avis, en sorte que l'on ne saurait apporter trop de réserve dans l'infirmation des faits, et trop d'impartialité dans le jugement que l'on porte.

Terminons ces détails par une remarque essentielle: lorsqu'un inculpé demande une consultation médico-légale, il désire qu'elle soit utile à sa défense. Le médecin jouerait donc le rôle de défenseur, si, prenant les faits, les isolant, ou les rapprochant au besoin, il les disposait de manière à leur donner moins de valeur, s'ils sont à la charge de l'accusé, et plus d'importance s'ils peuvent atténuer sa culpabilité. Que le médecin soit consulté par l'accusé, qu'il soit consulté par le ministère public, son devoir est le même: il faut qu'il se renferme dans *la stricte appréciation des faits*. Néanmoins, dans les cas douteux, la balance doit toujours pencher en faveur de l'accusé. A plus forte raison si des conclusions ne reposent pas sur une base solide; le médecin doit, dans ce cas, les combattre avec force, et faire apercevoir aux magistrats les fausses conséquences auxquelles elles pourraient les conduire. En un mot, c'est dans les consultations médico-légales que le médecin peut mettre au jour son caractère d'homme probe, impartial, inaccessible aux passions comme à la clameur publique. Qu'il ait donc toujours présentes à l'esprit les qualités qu'il doit posséder, et qu'on puisse dire de lui ce qu'on disait de Mahon, *vir probus* par excellence, âme forte sans exaltation, cœur bon et sensible sans faiblesse, mœurs pures et douces, franchise inaltérable, sens droit, jugement exquis, érudition vaste et profonde.

Modèle de consultation de médecine légale.

Obs. II. *Préambule.*

Les docteurs en médecine soussignés se sont réunis le 28 octobre 1831 et jours suivants, en vertu d'une commission rogatoire de M. C***, juge d'instruction, serment préalablement prêté entre ses mains de donner leur avis en leur honneur et conscience, à l'effet de procéder à l'examen des faits médicaux qui ressortent des pièces de l'instruction commencée à l'égard de la fille X...., inculpée du crime d'infanticide.

Les pièces qui leur ont été remises sont les suivantes :

1° Trois rapports du commissaire de police du quartier..... en date des 15, 16 et 17 août 1831.

2° Un rapport de MM. M*** et B***, médecins à Paris, ayant pour objet de faire connaître les détails relatifs à l'ouverture du cadavre d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, trouvé dans le conduit d'une fosse d'aisances appartenant à la maison n°..., de la rue de....

3° Un autre rapport des mêmes médecins, sur la visite qu'ils ont faite de la personne de la fille X***, afin de déterminer si elle était récemment accouchée.

4° Les interrogatoires de la fille X***, des dames D..., T..., K..., B..., d'Auguste P..,

Et une déposition du commissaire de police du quartier...

Ils croient devoir extraire des pièces précédentes les faits suivants :

Exposition des faits.

§ 1er. La fille X***, âgée de trente-six ans, cuisinière, serait arrivée à Paris depuis plusieurs mois.

§ 2. *Elle aurait ignoré sa grossesse* jusqu'à la nuit du 31 juillet au 1er août 1831 (époque à laquelle elle est accouchée), fondée qu'elle était qu'un retard de six mois lui était survenu pendant le cours de l'année dernière; du reste elle n'aurait jamais consulté, de son propre mouvement, aucun médecin sur sa position.

§ 3. Le 31 juillet, à dix heures du soir, elle commence à éprouver des douleurs; à onze heures les douleurs augmentent; à onze heures et demie la femme K***, rentrant dans sa chambre, voisine de celle de la fille X***, l'entend se plaindre, lui offre des secours, et celle-ci, tout en accusant des coliques violentes, les refuse, sous prétexte qu'elle vient de prendre une boisson qui l'a soulagée.

§ 4. Les douleurs redoublent jusqu'au moment de l'accouchement, qui a lieu le 1er août, à deux heures du matin. Une demi-heure avant son accouchement, ne pouvant plus tenir dans son lit à cause de la chaleur et des douleurs de reins, elle se lève, se promène dans sa chambre : bientôt une douleur aiguë *semble descendre*. X... était alors appuyée sur le bord d'un lit de sangle ; elle se met à genoux, et l'enfant sort, la tête la première; ce n'est que cinq minutes après, que, par suite de beaucoup d'efforts, le reste du corps a franchi les parties génitales.

§ 5. Un quart d'heure après la sortie de l'enfant, X... se sentant faiblir, veut se déranger, dans la crainte de tomber sur son enfant; elle fait un effort en appuyant la tête contre le lit, et en se relevant sur ses pieds ; alors la délivrance s'est opérée, et le cordon, auquel elle n'avait pas du tout songé, s'est rompu en même temps. (Telle est la manière dont elle s'est exprimée en dernier lieu, devant M. le juge d'instruction, dans un interrogatoire en date du 8 novembre. Mais dans le premier interrogatoire qu'elle a subi le 19 août, elle déclare qu'elle a laissé son

enfant pendant dix minutes, sur une serviette ; que voyant qu'il ne respirait pas, elle a voulu le déplacer; que c'est alors que le cordon s'est rompu ; qu'alors aussi elle a remis l'enfant sur le lit ; l'a recouvert d'une chemise, et s'est couchée auprès de lui).

§ 6. A six heures du matin, ne le voyant pas donner signe de vie, elle l'enveloppe dans une serviette, qu'elle noue avec un cordon de laine attaché autour de la tête. (Déclaration de la fille X..., faite au juge d'instruction le 19 août 1831 : cette déclaration est en opposition avec celle que cette fille a faite au commissaire de police le 17 du même mois ; car alors elle s'exprimait ainsi : « C'est bien autour du col que j'ai passé le ruban ; mais pour retenir une serviette qui l'enveloppait. » Elle a encore reproduit cette assertion le 2 novembre.)

§ 7. Elle annonce avoir gardé son enfant pendant trois jours dans sa chambre, et l'avoir ensuite jeté dans les latrines, après l'avoir enveloppé d'une serviette, d'une chemise et d'un tablier à elle appartenants.

§ 8. Le 12 août, on s'aperçoit que le tuyau des lieux d'aisances est rempli de matières fécales ; plus tard on cherche à le désobstruer à l'aide d'une barre de fer, et la fille X .., aide elle-même à cette opération ; elle frappe le cadavre de son enfant, et parvient à le faire descendre du troisième étage au premier, et lorsqu'à cette profondeur les efforts deviennent impuissants, elle veut attacher un pavé à une corde pour le faire descendre dans la fosse !

§ 9. Enfin, par suite de ses aveux, sur la cause de l'obstruction des lieux d'aisances, et sur la nature du corps obstruant, que jusqu'alors elle n'avait pas fait connaître, on instruit le commissaire de police, qui fait ouvrir le conduit et extraire le cadavre, dans la nuit du 17 au 18 août, à minuit.

§ 10. On transporte le corps de l'enfant dans la maison du commissaire de police ; on le lave à l'eau chlorurée ; on le place sur un tonneau et on le recouvre d'une corbeille. A six heures du matin, on procède à l'ouverture du corps.

*Faits extraits textuellement du rapport de MM. M*** et B***, relativement à l'autopsie de l'enfant.*

A. *Eu égard à la putréfaction du cadavre.*

§ 11. La peau est d'une couleur *jaune* et *noirâtre, particulièrement à l'abdomen;* l'épiderme se *détache* de lui-même en plusieurs endroits; il s'exhale une odeur de *putréfaction insupportable;* des bulles d'air soulèvent les plèvres et les séparent des poumons ; le cœur est *flasque*, et ses cavités vides de sang, ses parois sont très ramollies; tous les organes contenus dans l'abdomen sont d'un noir foncé.

B. *Eu égard à la viabilité de l'enfant et à son terme.*

§ 12. Le corps a *environ* vingt pouces de longueur; il est du poids de sept à huit livres, estimation approximative à cause de l'excérébration Il paraît bien conformé et bien développé; toutes les ouvertures naturelles sont libres et bien conformées; il reste à l'ombilic une portion de cordon de deux pouces et demi de longueur.

C. *Eu égard à la respiration.*

Les poumons, quoique beaucoup développés, ne remplissent pas la

cavité de la poitrine; des bulles d'air nombreuses soulèvent les plèvres et les séparent des poumons. Ces organes détachés et sortis de la poitrine avec le cœur et le thymus, l'air des bulles ci-dessus mentionnées ayant été dégagé par des incisions faites aux plèvres, plongées dans l'eau, *ont surnagé malgré le poids des parties qui les accompagnaient*. Néanmoins les poumons incisés n'ont pas laissé couler de sang, et leur couleur était d'un jaune rose. Les intestins renfermaient encore le méconium.

D. *Eu égard aux violences qui avaient pu être exercées sur l'enfant.*

§ 14. Autour du col, on a trouvé un ruban de laine blanche, d'un pouce de largeur, faisant deux circulaires fixées par un demi-nœud, à la partie postérieure. Ce cordon serrait le col, de manière à ce que l'on ne pût pas supposer qu'une serviette ou un autre corps ait pu être placé entre le col et le cordon. La pression exercée par le lien a réduit le diamètre de cette partie à quatorze lignes, au plus, en tous sens. La portion de la peau correspondant au lien présente une ligne circulaire d'un pouce de hauteur, d'un aspect brûlé et comme parcheminé, autant que l'état de putréfaction a pu permettre d'en juger. Il n'existe pas d'ecchymose ou d'épanchement de sang dans l'épaisseur du col. La tête est ramollie dans tout son entier; les yeux sont vides et hors des orbites. Il existe à la partie supérieure de la peau du crâne quatre ouvertures; la première d'une ligne, la deuxième de deux lignes, la troisième d'un pouce, et la quatrième, à lambeaux, d'un pouce de diamètre. Dix fractures existaient aux os de la voûte du crâne; ces os étaient d'ailleurs disjoints par la putréfaction. Les trois-quarts du cerveau étaient sortis de la cavité crânienne, par les ouvertures ci-dessus relatées et par une rupture de la portion gauche de la dure-mère, à la hauteur de la portion écailleuse du temporal; ce qui restait du cerveau était réduit en une bouillie d'un rouge lie-de-vin.

§ 15. La portion du cordon ombilical qui était insérée à l'abdomen a été déchirée et non coupée, car elle présente deux lambeaux à son extrémité libre, et elle ne porte aucune ligature sur sa longueur.

Conclusion du rapport de MM. M... et B....

§ 16. 1° L'enfant soumis à notre examen est né à terme et viable; il est mort depuis à peu près quinze jours; 2° des violences ont été exercées sur le crâne, sans que nous puissions affirmer qu'elles aient eu lieu de son vivant; 3° nous ne pouvons également affirmer que le lien que nous avons trouvé autour du cou ait été mis du vivant de l'enfant; 4° il nous est impossible de constater si cet enfant est mort d'hémorrhagie, par le cordon ombilical, ou par *asphyxie* cérébrale, attendu que le cerveau avait été en partie expulsé du crâne, et que le reste était réduit en bouillie; 5° nous pensons, en raison du développement des poumons et des expériences de docimasie, que l'enfant a respiré; mais que l'état de putréfaction, et la présence des gaz produits par elle, ne nous permettent pas de l'affirmer d'une manière positive.

§ 17. Un second rapport de MM. M... et B..., sur l'état de la fille X..., au 17 août 1831, constate qu'il existait aux parties génitales un écoulement roussâtre, peu abondant et d'une odeur fade; qu'on observait en outre à la commissure postérieure de la vulve une déchirure à peu près d'un pouce de longueur, aux trois quarts cicatrisée et encore en partie couverte de bourgeons charnus, rosés, et fournissant un pus de bonne nature; qu'en pressant les mamelons des seins, il en est sorti

quelques petites gouttelettes de lait d'un blanc jaunâtre et épais. Ce rapport est terminé par la conclusion suivante :

§ 18. Nous pensons pouvoir affirmer que la nommée X... est accouchée il y a à peu près quinze jours.

Discussion des faits.

§ 19. Les faits ci-dessus énoncés peuvent se rattacher à deux chefs principaux :

1° Ceux qui ont rapport à l'enfant ;

2° Ceux qui ont rapport à la mère.

Faits relatifs à l'enfant.

Le crime d'infanticide soulève à l'égard de l'enfant les questions suivantes :

1° *L'enfant est-il né viable ?*

2° *L'enfant est-il né vivant, a-t-il vécu ?*

3° *L'enfant est-il mort en naissant ?*

4° *En supposant que l'enfant ait vécu, a-t-on exercé sur lui des violences propres à lui donner la mort, ou aurait-on laissé périr l'enfant faute de lui avoir donné des soins ?*

§ 20. *L'enfant était-il dans des conditions de viabilité ?* Nous sommes portés à résoudre cette question par l'affirmative pour le cas dont il s'agit ; car l'enfant était *bien conformé et bien développé.* Toutes les ouvertures naturelles étaient *libres.* Il avait environ vingt pouces de longueur, et pesait de *sept* à *huit* livres ; estimation approximative à cause de l'excérébration. Il est à regretter que la longueur de l'enfant et son poids n'aient pas été déterminés plus exactement : si les deux dimensions annoncées étaient certaines, elles dénoteraient un enfant très fort, puisqu'à terme la longueur moyenne est de seize à dix-huit pouces, et le poids de six livres un quart. Mais la manière dont ces données sont présentées fait toujours présumer qu'il était bien développé.

§ 21. Il nous est impossible de dire si l'enfant est né à terme, c'est-à-dire après neuf mois de vie intra-utérine, parce que les experts chargés de l'ouverture du corps n'ont pas été à même de connaître les diamètres de la tête, en raison de la mutilation de cette partie, non plus que la longueur du corps ; qu'il n'est pas parlé du degré d'organisation de la peau ; de la longueur, de la largeur et de la consistance des ongles ; de la présence ou de l'absence de l'enduit sébacé, ainsi que du point d'ossification qui se développe au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur pendant le neuvième mois de la grossesse.

Enfin il est une dernière considération qui tend à faire regarder l'enfant dont il s'agit comme venu au monde dans des conditions favorables à la viabilité ; c'est le silence des experts sur l'état sain ou malade des organes de l'économie, autres que le cerveau. Il est très probable que si ces organes eussent offert un état pathologique capable d'empêcher l'enfant de vivre, ils l'eussent relaté, ainsi qu'ils ont fait connaître les lésions mentionnées aux paragraphes 14 et 15, et sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

§ 22. 2° *L'enfant est-il né vivant, a-t-il vécu ?*

En matière d'infanticide, en général, vivre c'est respirer. Les renseignements qui nous sont fournis par les experts (voyez § 13) laissent la question tout-à-fait insoluble : nous allons les commenter isolément et dans leur ensemble.

§ 23. *Les poumons, quoique beaucoup développés, ne remplissent pas la cavité de la poitrine.* Le volume des poumons n'est qu'une circonstance secondaire, et n'est jamais une preuve. On voit des poumons très petits, et dans le tissu desquels la respiration s'est effectuée. Un volume assez considérable des poumons tend à faire présumer que la respiration s'est opérée dans ces organes ; mais il n'est qu'un indice incertain, et par conséquent il est souvent une source d'erreurs.

§ 25. *Des bulles d'air soulèvent les plèvres et les séparent des poumons.* Cette phrase a besoin d'être éclaircie : d'abord ce n'était pas probablement de l'air qui soulevait les plèvres, et, ici, les experts ont certainement voulu parler de la portion des plèvres qui tapisse les poumons. Il n'y a qu'une circonstance où ces bulles pourraient être formées par de l'air, c'est le cas où on aurait insufflé avec force de l'air dans les conduits respiratoires de l'enfant, afin de le rappeler à la vie. Or, il est bien constant que la fille X... était seule au moment où ell est accouchée. Elle affirme que l'enfant était mort en naissant; et l'abandon total de tout secours dans lequel elle s'est placée prouve assez qu'elle n'a jamais eu l'idée de pratiquer une pareille insufflation, Cet air n'était autre chose que des gaz provenant de la putréfaction avancée du cadavre, putréfaction qui avait envahi les poumons. Mais une objection pourrait être faite à notre manière de voir, objection qui aurait quelque valeur, puisqu'elle repose sur des expériences faites par Camper, Pyl et par M. Orfila, desquelles il résulte que les poumons des enfants qui n'ont pas respiré conservent encore la faculté de se précipiter au fond de l'eau, quoique le reste du corps soit dans l'état de décomposition putride le plus avancé, ou, qu'en d'autres termes: aucuns gaz capables d'opérer la surnatation des poumons ne se développent presque jamais dans l'épaisseur de leur tissu. Or, l'un de nous a publié, dans le septième numéro des *Annales d'Hygiène et de Médecine légale,* deux cas d'expertises en matière d'infanticide qui démontrent la possibilité du fait contraire ; il a observé à la Morgue, le 28 octobre dernier 1835, un troisième exemple analogue chez un enfant, qui, retiré de l'égout de la rue du Jour, à dix heures du matin, avait été apporté à cet établissement à midi. Le tissu des poumons était tellement rempli de gaz putrides, que ces organes en avaient acquis un volume beaucoup plus grand. Un nouveau cas s'est offert à son examen chez un enfant retiré d'un tuyau de fosses d'aisances ; il en a constaté l'existence avec les docteurs Jacquemin et Hureau. D'ailleurs, M. Marc ne met pas en doute que la putréfaction ne puisse produire ce phénomène, et les experts, dans le cas dont il est ici question, ne l'ont pas envisagé d'une autre manière.

§ 25. *Les poumons détachés et sortis de la poitrine avec le cœur et le thymus, l'air des bulles ci-dessus mentionnées ayant été dégagé par des incisions faites aux plèvres, plongées dans l'eau, ont surnagé malgré le poids des organes qu'ils accompagnaient.* Cette expérience ainsi restreinte ne prouve rien ; et c'est cependant sur elle que doit reposer l'une des conclusions fondamentales du rapport, en ce qu'elle peut établir que l'enfant a vécu ou n'a pas vécu après la naissance. D'abord il fallait, après avoir fait ce premier essai, séparer les poumons du cœur et du thymus et les plonger isolément dans l'eau, afin de savoir s'ils surnageaient encore ; car la surnatation, dans le cas dont il s'agit, pouvait dépendre de gaz accumulés dans le tissu du cœur ou dans celui du thymus. Il fallait ensuite couper chaque poumon par petites tranches et les plonger dans l'eau, afin de s'assurer si la surnatation s'opérait aux dépens de toutes les parties des poumons, ou bien

seulement de quelques unes de leurs parties; enfin, on aurait dû comprimer sous l'eau chacune de ces petites portions de poumons, en tenant compte de la manière dont les gaz s'en échappaient, et les abandonner ensuite à elles-mêmes, afin d'observer si la surnatation était générale ou partielle; alors, dans le cas où, malgré ces pressions, la surnatation aurait encore existé, on eût pu affirmer que l'enfant avait respiré, et *respiré plus ou moins complétement*. Mais se borner *à percer les bulles d'air* qui existent à la surface des poumons, c'est-à-dire à faire échapper *les gaz placés à l'extérieur*, en laissant dans le tissu pulmonaire ceux que la putréfaction y avait très probablement développés, gaz qui diminuent d'autant le poids spécifique des poumons, c'est faire une opération tout-à-fait illusoire, et conséquemment *de nulle valeur, de laquelle, en un mot, il n'est pas permis de tirer aucune conséquence* sous le rapport de la solution de cette question : L'enfant a-t-il *respiré?*

§ 26. On ajoute : *Néanmoins les poumons incisés n'ont pas laissé écouler de sang.* Mais des poumons chez lesquels la respiration se serait établie laisseraient d'abord écouler, en général, moins de sang que beaucoup de poumons qui appartiennent à des enfants qui n'ont pas respiré; ensuite la putréfaction était ici tellement avancée, que les gaz développés dans ces organes en avaient probablement chassé le sang, ainsi que cela avait eu lieu pour les cavités du cœur.

§ 27. *Leur couleur*, disent les experts, *était d'un jaune rose*. Cette circonstance est la seule qui permette *d'élever des présomptions* en faveur de l'existence de la respiration chez cet enfant, car la couleur du tissu pulmonaire qui appartient à un enfant qui n'a pas respiré, est brune, analogue à celle du foie des adultes, tandis qu'elle devient rosée par l'introduction de l'air. Hâtons-nous cependant de dire qu'une circonstance de coloration est toujours d'un poids bien faible dans l'appréciation d'un fait qui peut conduire un accusé à l'échafaud.

§ 18. Enfin, les *intestins renferment encore le méconium*. Ceci s'observe chez des enfants qui n'ont pas vécu, comme chez ceux qui n'ont vécu que quelques minutes, et chez lesquels cependant l'établissement de la respiration a été complet; cette circonstance ne fournit donc ici aucun indice.

En résumé, toutes les recherches de docimasie pulmonaire qui pourraient donner quelques éclaircissements sur l'existence ou sur l'absence de la respiration, prises isolément, *sont de nulle valeur*, et leur ensemble ne conduit pas à des résultats plus affirmatifs.

§ 29. Recherchons donc si le corps du délit présentait quelques altérations capables d'éclairer la question qui nous occupe : *l'enfant a-t-il vécu?*

§ 30. *Autour du col, on a trouvé un ruban de laine blanche d'un pouce de largeur, faisant deux circulaires fixées par un demi-nœud à la partie postérieure ; ce cordon serrait le col de manière à ce que l'on ne pût pas supposer qu'une serviette ou un autre corps ait été placé entre le col et le cordon. La pression exercée par ce lien a réduit le diamètre de cette partie à quatorze lignes au plus en tous sens. La peau correspondante a un aspect brûlé et comme parcheminé. Il n'existe pas d'ecchymoses ou d'épanchement de sang dans l'épaisseur du col.* Il ne nous est pas donné de rechercher dans quel but ce lien a été placé; il nous suffit de dire que dans la description des effets qu'il a produits, on ne retrouve pas de phénomène qui puisse être rattaché à la vie de l'enfant après sa naissance; car toutes les circonstances

de diminution de volume, de changement dans la densité et dans la couleur de la peau, auraient pu être opérés aussi bien par un lien appliqué *après la mort que pendant la vie.* Mais comme la fille X... déclare que le cordon de laine n'était pas noué, et que les deux bouts étaient seulement passés l'un au-dessus de l'autre, nous devons d'abord faire remarquer que cette déposition est en contradiction avec celle des médecins experts, et surtout avec celle du commissaire de police, qui affirme qu'il existait un demi-nœud en arrière du col; ensuite qu'il est impossible d'expliquer la diminution du volume du col sans admettre qu'une constriction très forte a été exercée sur cette partie. Quant aux différentes blessures qui sont rapportées dans le paragraphe n° 15, nous ne saurions dire si elles ont été faites sur l'enfant vivant ou sur l'enfant mort, attendu qu'il ressort des pièces de l'instruction, que l'on a frappé fortement avec une barre de fer sur l'enfant encore contenu dans le tuyau de la fosse d'aisances; que les coups portés avec cet instrument ont été réitérés, jusqu'à ce qu'enfin ils aient fait descendre le cadavre du quatrième étage à la hauteur du premier.

§ 31. Nous appellerons cependant l'attention des magistrats sur cette phrase : Ce qui reste du cerveau est réduit en un bouillie d'une *couleur lie de vin.* Si cette comparaison était exacte, elle pourrait faire naître le *soupçon* que des violences ayant été exercées sur la tête pendant la vie de l'enfant, il en ait pu résulter un épanchement de sang dans le crâne, qui aurait coloré la substance cérébrale d'une manière aussi marquée qu'il en est fait mention; car on n'observe pas ordinairement de coloration lorsque des blessures de ce genre ont lieu après la mort; néanmoins l'état de désorganisation de la tête ne permet d'établir que des soupçons sur la possibilité d'un pareil phénomène.

Pour ce qui regarde les documents énoncés dans le paragraphe n° 11, ils servent seulement à faire connaître la putréfaction avancée du cadavre de l'enfant.

Il n'existe donc pas, dans le rapport des experts, des données propres à résoudre cette question : *L'enfant a-t-il vécu?*

§ 32. 3° *L'enfant est-il mort en naissant?*

Le rapport des experts ne fournit aucun renseignement capable d'éclairer la solution de cette question; mais il résulte des dépositions réitérées de la fille X... que la sortie de l'enfant du sein de sa mère a eu lieu en deux temps bien distincts; qu'une fois la tête hors de la vulve, il s'est écoulé de cinq à dix minutes avant que le reste du corps ne fût dégagé. Ne serait-il pas possible alors que le col eût été comprimé assez fortement et assez long-temps pour qu'il en fût résulté un obstacle au retour du sang de la tête vers le cœur, et par suite une congestion cérébrale apoplectiforme; ou bien encore qu'une portion du cordon se fût engagée dans le col de la matrice, et que la circulation entre la mère et l'enfant eût été interrompue de manière à amener l'asphyxie? Ces suppositions, qu'on ne peut étayer que de la vraisemblance, auraient pu trouver une solution dans l'ouverture de la tête, si celle-ci n'avait pas été mutilée aussi fortement, et si la putréfaction n'avait pas été aussi complète; ce n'est donc qu'une conjecture que nous formons dans l'intérêt de la justice et dans celui de la vérité.

§ 33. 4° *En supposant que l'enfant ait vécu, a-t-on exercé sur lui des violences, ou a-t-on fait des blessures propres à lui donner la mort?* Déjà nous avons établi qu'il était impossible de dire si le lien du col avait été appliqué pendant la vie ou après la mort : il n'appartient qu'au magistrat de rechercher dans quel but il a été appliqué.

Mais ce qui est important à noter, c'est que ce lien était appliqué à nu sur le col, et qu'il le serrait assez pour réduire cette partie à un diamètre de quatorze lignes. Dans son interrogatoire devant le commissaire de police, la fille X... dit qu'elle a placé le lien autour du col afin d'y tenir fixée une serviette qui enveloppait l'enfant; et, au contraire, dans les deux interrogatoires qu'elle a subis devant M. le juge d'instruction, elle déclare qu'elle avait placé le lien autour de la tête, et qu'il avait glissé sur le col. Mais d'abord on n'a pas trouvé de restes de la serviette placée entre le col et le lien; et ensuite le commissaire de police dit positivement que le cordon le serrait de manière à ce qu'on ne pût pas supposer qu'une serviette ou qu'un autre corps eût pu être placé entre le col et le cordon. Nous avons fait sentir que toutes les autres lésions observées à la tête avaient pu être produites par l'usage que l'on avait fait d'une barre de fer pour enfoncer le cadavre dans le tuyau de la fosse d'aisances. Il ne nous reste donc qu'à déclarer que si chacune de ces blessures ou violences avaient été faites isolément pendant la vie de l'enfant, elles auraient pu lui donner la mort.

§ 34. 5° *Dans la supposition où l'enfant aurait vécu, l'aurait-on laissé périr faute de lui donner des soins, ou aurait-on négligé de lui prodiguer ceux qui auraient pu le ramener à la vie?* Ici s'accumulent une foule de preuves qui démontrent que non seulement il y a eu la négligence la plus absolue de tous les soins propres à rappeler un enfant à la vie, mais encore que l'on a omis ceux qui pouvaient l'empêcher de mourir.

Une femme accouche seule et à genoux sur le plancher : nous admettons qu'elle ignore sa grossesse; les douleurs de reins redoublent; elles descendent, ainsi que l'a dit la fille X...; la tête de l'enfant se présente; elle reste au passage de cinq à dix minutes. A dater de ce moment, plus de possibilité de supposer l'ignorance d'un accouchement, et cependant cette femme n'appelle aucun secours, quand une voisine qui couche auprès d'elle lui a déjà offert les siens. L'enfant sort entièrement; il ne donne pas signe de vie; la fille X... reste spectatrice oisive en présence de son enfant pendant un quart d'heure, époque à laquelle elle se relève, parce qu'elle se sent affaiblie par les douleurs vives que lui occasionne de nouveau la délivrance; alors le cordon se rompt à deux pouces et demi de son insertion au nombril, et aucune ligature n'est pratiquée pour s'opposer à un écoulement de sang qui, si l'enfant était vivant, pouvait presque le faire périr d'hémorrhagie. La fille X... relève ensuite son enfant et le porte sur son lit, l'abandonne et se couche auprès de lui, pour prendre du repos, jusqu'à six heures du matin, où elle constate qu'il est définitivement mort. Ainsi aucun stimulant n'a été mis en usage, aucune friction faite sur la peau; en un mot, aucun de ces moyens qui sont à la portée de tous les gens du monde, et qu'il est rare qu'une femme de trente ans ignore Les soins se réduisent à chercher si l'enfant vit ou s'il ne vit pas, s'il respire et si son cœur bat!!! La mère donnera-t-elle pour excuse qu'elle s'est trouvée mal? mais avant de se trouver mal, il s'était écoulé un quart d'heure depuis la sortie complète de l'enfant.

L'absence de toute ligature au cordon de l'enfant peut entraîner la mort par l'hémorrhagie; et la tendance à l'hémorrhagie, dans ces sortes de cas, est d'autant plus grande, 1° que le cordon est coupé plus près de l'ombilic de l'enfant; 2° que la respiration est moins bien établie. Ces deux circonstances se rencontraient dans le cas dont nous nous occupons, puisqu'il ne restait plus au ventre que deux pouces et demi de

cordon, et qu'au dire de la mère, l'enfant ne donnait pas signe de respiration : il aurait donc pu périr par hémorrhagie. Nous devons néanmoins faire observer que si la rupture du cordon était survenue ainsi que la mère l'indique, elle eût dû nécessairement s'opposer à l'hémorrhagie par la rétraction subséquente des vaisseaux.

C'est ici le lieu de soulever la question suivante : *La rupture du cordon a-t-elle pu s'effectuer dans les circonstances données de l'accouchement de la fille X...?*

La fille X... explique la rupture du cordon de deux manières différentes : dans sa déposition à M. le juge d'instruction, le 19 août 1831, elle dit : qu'elle a laissé son enfant pendant dix minutes sur une serviette ; que, voyant qu'il ne respirait pas, elle a voulu *le déplacer*, que c'est alors que le cordon s'est rompu.

Il est impossible de concevoir la rupture du cordon de cette manière, à moins que l'on ne suppose qu'un mouvement brusque ait été opéré avec force pour relever son enfant ; or, une mère, dans la position de la fille X..., c'est-à-dire une mère affaiblie par les douleurs vives de l'accouchement, par l'écoulement du sang inséparable d'une opération de ce genre, une mère qui recherche si son enfant vit, qui ne le déplace qu'avec une certaine anxiété, a dû agir avec lenteur, et elle aurait nécessairement été arrêtée par la résistance du cordon. Il suffit, pour comprendre la valeur de cette objection, de savoir que les accoucheurs exercent des tractions sur le cordon pour opérer la délivrance. Il n'en est pas de même à l'égard de la seconde supposition où X..., dans sa déclaration en date du 2 novembre, apprend que, sur le point de se trouver mal au moment de la sortie du délivre, et ne voulant pas tomber sur son enfant, elle se relève, et sent rompre sous elle le cordon qui unissait l'enfant au placenta, non encore expulsé. Ici la force employée est représentée par le poids du corps de la mère, et cette traction est bien plus que suffisante pour opérer la rupture du cordon. Ne peut-on pas supposer qu'en se relevant, elle a dû sentir une résistance, une douleur même? Mais qu'est-ce que cette douleur, qu'est-ce que cette résistance chez une femme en proie aux douleurs de la délivrance, qu'elle a dépeintes très vives?

Ainsi donc il est difficile d'admettre la rupture du cordon dans le premier cas ; il est *possible* de la concevoir dans le second, et ces deux modes de rupture rendent raison de l'état dans lequel les experts ont trouvé le cordon. (Voy. § 15.)

Il nous est donc démontré qu'il y a eu négligence absolue des soins propres à rappeler un enfant à la vie, et que la conduite tenue à son égard était plus propre à le faire périr s'il eût été vivant.

§ 35. 6° *L'enfant serait-il mort avant de naître?* Les circonstances qui résultent des dépositions rassemblées dans l'instruction, peuvent seules fournir quelques lumières à ce sujet. La fille X... était dans un état parfait de santé jusqu'au 31 août, à dix heures du soir, où elle a commencé à souffrir des douleurs de l'accouchement ; elle n'avait pas éprouvé, plusieurs jours auparavant, cet état de malaise et de souffrance, ni cette altération des traits, compagnes inséparables du séjour d'un enfant mort dans le sein de sa mère. Les douleurs surviennent, et l'accouchement suit une marche régulière ; il est terminé en quatre heures, temps fort court pour une femme primipare. La fille X... ne constate sur le corps de l'enfant aucune des apparences de la putréfaction rapide qui s'opère chez le fœtus contenu dans la matrice : ainsi donc il existe de grandes probabilités en faveur de la vie de l'enfant au

moment de l'accouchement, et il n'en existe aucune pour la supposition contraire.

Faits relatifs à la mère.

§ 36. Il n'y a pas doute sur le fait de l'accouchement de la fille X... : elle l'avoue, reconnaît son enfant, et en raconte toutes les circonstances avec détails.

§ 37. Mais il s'élève, à son égard, une question dont la solution peut exercer une grande influence sur la culpabilité de l'accusée, celle de savoir si une femme peut ignorer sa grossesse. Il n'existe aucun doute sur cette possibilité. Tous les auteurs de médecine légale rapportent des faits à l'appui de cette manière d'envisager la question ; et non seulement une femme primipare peut ignorer sa grossesse, mais encore une femme qui a déjà eu plusieurs enfants. Cependant, si la question peut être résolue affirmativement, lorsqu'elle est posée d'une manière générale, ne serait-elle pas susceptible d'une solution différente pour le cas dont il est question?

La fille X... avait trente-six ans; ses règles étaient supprimées depuis long-temps. Elle avait eu des rapports intimes avec un nommé Z... : ces rapports n'avaient cessé qu'au mois de janvier dernier. Plusieurs personnes lui avaient fait observer, à diverses époques, qu'elle paraissait être enceinte, et la femme T..., chez qui elle était restée pendant trois mois en qualité de domestique, l'avait renvoyée non seulement parce qu'elle s'était aperçue qu'elle était enceinte, mais encore parce que son frère, médecin, avait visité la fille X... et qu'il lui avait *déclaré, contre l'attestation de cette fille, qu'elle avait tous les symptômes d'une grossesse;* toutes circonstances qui tendent à démontrer qu'il est difficile d'admettre que l'inculpée ignorât sa grossesse jusqu'au moment de son accouchement. Ajoutons qu'étant accouchée d'un enfant fortement constitué, il est impossible qu'elle ne l'ait pas senti exécuter des mouvements à dater du quatrième ou du cinquième mois; car, dans presque tous les cas où une femme a ignoré sa grossesse, elle est accouchée avant le terme de neuf mois; ou, si elle a amené un enfant à terme, cet enfant était très débile et dans des conditions peu favorables à la viabilité.

Elle oppose à ces faits qu'elle était primipare; que l'année dernière elle avait eu un retard de six mois; qu'elle n'avait jamais cru à sa grossesse, et que M. le docteur T... lui avait déclaré qu'il était loin de penser qu'elle fût enceinte; qu'il la regardait comme menacée d'un squirrhe ou d'une perte considérable de sang. Ces données étant plutôt du ressort de l'appréciation de jurés que de médecins experts, il nous suffit d'avoir fait connaître les raisons qui militent pour et contre, et d'avoir établi la possibilité qu'une femme ignore sa grossesse.

Conclusion.

De la discussion qui précède, il résulte :

1° Que l'enfant de la fille X... était né viable. §§ 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31.

2° Que les documents rassemblés par les premiers experts sont de telle nature, qu'ils ne peuvent fournir une solution, soit positive, soit négative, de cette question : L'enfant a-t-il respiré?

3° Qu'il n'est pas impossible que l'enfant soit mort pendant l'accouchement.

4° Que des violences nombreuses ont été exercées sur l'enfant, mais

qu'il est impossible de dire si elles ont eu lieu de son vivant ou après sa mort.

5° Que l'on a omis tous les soins qui pouvaient le rappeler à la vie ; et que dans la supposition où il serait venu au monde vivant, on a négligé les moyens qui auraient pu l'empêcher de mourir.

6° Qu'il existe de grandes probabilités en faveur de la vie de l'enfant, avant le moment de l'accouchement.

Recherchons actuellement si les conclusions de MM. les experts B... et M... sont d'accord avec les précédentes.

1re. L'enfant soumis à notre examen est né *à terme* et *viable*. Il est mort depuis à peu près quinze jours.

Nous ne pouvons préciser s'il est venu à terme, par les raisons exposées au § 21.

2me. Des violences ont été exercées sur le crâne, sans que nous puissions affirmer qu'elles aient eu lieu de son vivant. (Cette conclusion est d'accord avec la nôtre. Voyez n° 4.)

5me. Nous ne pouvons également affirmer que le lien que nous avons trouvé autour du col ait été mis du vivant de l'enfant. (Cette conclusion rentre dans celle que nous avons adoptée au n° 4 ; elle est d'accord avec les explications que nous avons données au § 30.)

4me. Il nous est impossible de constater si cet enfant est mort d'hémorrhagie par le cordon ombilical ou par asphyxie cérébrale, attendu que le cerveau avait été en partie expulsé du crâne, et que le reste était réduit en bouillie.

(Dire que l'on ne peut constater si un enfant est mort de telle ou telle manière, suppose que l'enfant a vécu après sa naissance ; or, nous avons démontré, §§ 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, qu'il n'existait pas, dans le rapport des experts, de preuves qui pussent établir que l'enfant avait vécu : nous ne pouvons donc admettre cette conclusion.)

5me. Nous pensons, en raison du développement des poumons et des expériences de docimasie, que l'enfant a respiré ; mais que l'état de putréfaction et la présence des gaz produits par elle ne nous permet pas de l'affirmer d'une manière positive.

(Les motifs que nous venons d'énoncer à l'occasion de la quatrième conclusion nous forcent aussi à rejeter la cinquième ; car, en médecine légale, si les conclusions d'un médecin expert doivent être l'expression de sa conviction, celle-ci doit être fondée sur les faits qu'il observe. Et comme MM. B... et M... n'ont avancé aucune preuve matérielle sur laquelle puisse être appuyée leur manière de voir, nous ne pouvons admettre leur cinquième conclusion.)

CHAPITRE II.

DE LA MORT.

Des divers modes suivant lesquels elle peut survenir.

Législation relative aux décès.

C. civ., art. 77. Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre, et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police.

C. civ., art. 80. En cas de décès dans les hôpitaux militaires, civils, ou autres maisons publiques, les supérieurs, directeurs, administrateurs et maîtres de ces maisons seront tenus d'en donner avis, dans les vingt-quatre heures, à l'officier de l'état civil, qui s'y transportera pour s'assurer du décès, et en dressera l'acte, conformément à l'article précédent (79), sur les déclarations qui lui auront été faites, et sur les renseignements qu'il aura pris. — Il sera tenu en outre, dans lesdits hôpitaux et maisons, des registres destinés à inscrire ces déclarations et ces renseignements. — L'officier de l'état civil enverra l'acte de décès à celui du dernier domicile de la personne décédée, qui l'inscrira sur les registres.

C. civ., art. 81. Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, *assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie*, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre, et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

C. civ., art. 84. En cas de décès dans les prisons ou maisons de réclusion et de détention, il en sera donné avis sur-le-champ, par les concierges ou gardiens, à l'officier de l'état civil, qui s'y transportera, comme il est dit en l'article 80, et rédigera l'acte de décès.

Ces divers articles ne reçoivent pas leur exécution dans la plupart des localités, au moins quant au mode prescrit. Il y est suppléé, dans les grandes villes, de la manière suivante : lorsqu'un décès a lieu, le maire délègue un médecin pour le constater, et connaître la cause de la mort, afin de ne pas laisser impunis des crimes que l'on pourrait cacher sans cette visite. Mais, dans les campagnes, cette habitude n'est pas suivie. Il est vrai que la cause des décès est pour ainsi dire à la connaissance de tout le monde. Toutefois, ce défaut de visite peut avoir deux inconvénients, celui de laisser inhumer des personnes

qui ne sont pas réellement mortes, et celui d'ensevelir des crimes dans l'oubli. Aussi entend-on parler assez fréquemment d'exhumations judiciaires après des mois et même des années d'inhumation, dans le but de rechercher la trace de crimes jusqu'alors restés ignorés. Cet inconvénient se représente plusieurs fois chaque année. Il se fait aussi sentir dans toutes les maisons où sont rassemblés un grand nombre d'individus, les hôpitaux, par exemple : là on n'exerce pas une surveillance assez grande sur les décès. Comment les élèves de garde ne sont-ils pas chargés de les constater; et pourquoi abandonne-t-on ce soin à la négligence des infirmiers, ou à la surveillance des personnes préposées au service des malades? Pourquoi les infirmiers enlèvent-ils de leur lit les malades décédés et aussitôt le décès, pour les transporter dans une salle de morts, sur une dalle en pierre, et les recouvrir d'un châssis imperméable à l'air, en leur enlevant ainsi la possibilité d'appeler du secours, au cas où la mort n'aurait été qu'apparente? Et cependant ce ne sont pas les exemples qui ont manqué, puisqu'ils ont éveillé l'attention de quelques administrateurs prévoyants qui ont établi dans plusieurs salles de morts des sonnettes, que l'on attache au bras des cadavres. Néanmoins ce moyen, qui peu à peu est tombé en désuétude dans les lieux mêmes où il avait été établi, peut encore devenir tout-à-fait inutile lorsque le concierge de la salle des morts est absent. On obvierait à tous ces inconvénients en ne descendant dans cette salle la personne décédée qu'après le développement de la rigidité cadavérique. Mais, dira-t-on, combien n'est-il pas pénible pour les autres malades de rester plusieurs heures auprès d'un mort! Transportez alors les personnes que l'on suppose décédées dans une salle spéciale, où il y ait des lits destinés à les recevoir, et où elles y puissent passer un temps suffisant pour que les caractères certains de la mort se dessinent. *Ce ne sont pas les signes certains de mort qui manquent, ce sont des personnes chargées de les constater.*

MODES SUIVANT LESQUELS LA MORT PEUT SURVENIR.

La mort ne peut être définie que par la cessation de la vie;

mais alors qu'est-ce que la vie? Un grand nombre de philosophes et de savants ont cherché à en donner une définition exacte, mais en vain. Ainsi Cabanis a dit : Vivre c'est sentir; *Crevisanus* a défini la vie, l'uniformité constante des phénomènes, avec la diversité des influences extérieures; *Kant*, un principe intérieur d'action, de changement et de mouvement; *Schmidt*, l'activité de la matière dirigée par les lois de l'organisation; *Érhard*, la faculté du mouvement, destinée au service de ce qui est mû; *Cuvier*, la faculté qu'ont certains corps de durer pendant un certain temps et sous une forme déterminée, en attirant sans cesse dans leur substance une partie des substances environnantes, et en rendant aux éléments une partie de leur propre substance; *H. Cloquet*, une espèce d'agent impondérable qui distingue pendant un certain temps les corps organisés des corps bruts, et détermine les actions organiques que ces corps exécutent; *Adelon*, un mode d'existence dans lequel on commence à être par une naissance, on croît par intussusception, on finit par une mort, et, pendant la durée de l'existence qui est limitée, on se conserve comme individu par nutrition, comme espèce par reproduction, et l'on passe par divers âges. S'il nous était donné aussi de définir la vie, nous dirions qu'elle est un ensemble de fonctions qui s'exécutent dans le même être, pendant un certain temps, sous l'influence d'une cause autre que les agents physiques, qui résiste constamment à leur action destructive. On voit en résumé qu'il est impossible de bien atteindre ce but, et qu'alors la mort n'est que l'absence d'une chose que l'on ne peut pas définir. S'il importe peu au médecin légiste de bien faire sentir toute l'acception du mot *mort*, il n'en est pas de même à l'égard des divers modes suivant lesquels elle peut s'opérer.

La mort peut être naturelle ou accidentelle. Bichat, dans son *Traité sur la vie et la mort*, a précisé avec soin les circonstances de l'une et de l'autre, et a surtout très bien signalé les divers états des organes après chaque mode d'extinction de la vie. Il est nécessaire de les rappeler ici; car ces divers états d'organes servent de base au jugement que l'on porte dans pres-

que toutes les investigations judiciaires; ils peuvent éclairer les questions de survie, ainsi que les divers genres de mort subite sur lesquels on est souvent appelé à prononcer. Entrons dans quelques détails à ce sujet.

On sait que dans la mort naturelle tous les organes perdent peu à peu leur énergie avec l'âge; que les organes des sens s'affaiblissent les premiers; que l'imagination devient nulle; que la sensibilité et la motilité s'atténuent de plus en plus; que la mémoire se perd, non pas la mémoire du passé, car les impressions que nous avons reçues, lorsque nos sens étaient dans un état parfait d'intégrité, restent profondément gravées dans le cerveau, mais bien la mémoire du présent; et qu'enfin les organes digestifs résistent plus long-temps aux causes de destruction, sous l'influence desquelles nous sommes constamment placés. Plus tard les forces de chaque organe diminuent, la digestion languit, les sécrétions et l'absorption se ralentissent, la circulation capillaire s'embarrasse, enfin la mort vient graduellement suspendre dans les gros vaisseaux la circulation générale, et la vie cesse par celle du cœur, qui est à juste titre nommé *ultimum moriens*.

La mort accidentelle ou subite a constamment sa source dans l'un des trois organes principaux qui régissent l'économie: le cœur, les centres nerveux et les poumons. Ces trois ordres d'organes sont tellement enchaînés les uns aux autres, que, du moment que l'un des trois cesse d'agir, toute fonction est suspendue dans les deux autres, et par suite dans toute l'économie.

Il nous appartient moins de faire connaître ici le rôle physiologique que joue chacun de ces organes par rapport aux autres, que de préciser d'une manière très explicite leur état anatomique à l'ouverture du corps. En effet, les connaissances physiologiques ne sont que l'explication des faits matériels; or, le fait matériel a une telle portée pour le médecin légiste, qu'il lui désigne le point de départ de la mort; la lésion primitive qui a amené la mort générale, et par conséquent il permet de remonter *à la cause de la mort*, ce que la justice a un intérêt puissant à reconnaître; nous nous appesantirons

donc sur tout ce qui peut éclairer cette question; livrant les explications physiologiques pour ce qu'elles valent, et n'y attachant pas d'autre valeur que celle de satisfaire plus ou moins à l'esprit.

Il est reconnu que la vie ne saurait s'entretenir sans l'exercice plus ou moins parfait du cœur, des centres nerveux et des poumons. Bichat, aux idées duquel la science doit beaucoup sous ce rapport, n'a fait jouer aucun rôle au système ganglionnaire dans l'extinction de la vie. Le cerveau, le cervelet et la moelle épinière ont été les seuls organes qui aient fixé son attention; ainsi, les phénomènes de syncope, il les rattache tous au cœur; les émotions vives, la joie et la peine qui peuvent causer la mort, il les rapporte au cœur; il en est de même d'un coup porté sur l'épigastre, amenant la mort sans lésion d'organe interne; et cependant il est évident que dans tous ces cas les centres nerveux, et notamment les ganglions du nerf trisplanchnique, ont reçu une impression première, en vertu de laquelle ils n'ont pu réagir sur le cœur, de manière à entretenir l'exercice de ses contractions. Ce défaut d'attention à l'égard des causes premières des contractions du cœur a conduit Bichat à donner une grande importance au sang comme source de contraction de cet organe; influence exagérée, mais qu'il ne répugne pas d'admettre dans de certaines limites. On ne saurait contester que le sang rouge ne soit un besoin pour l'entretien de la vie de tous les organes; de ce besoin à l'hypothèse qui le fait considérer comme un excitant, il n'y a qu'un pas. Nous nous élèverons de toutes nos forces contre cette assertion, que le sang noir puisse être un stimulant de contraction, ainsi qu'il résulterait des expériences de M. Edwards et de celles du docteur James, Philipps Kay. Suivant ce dernier, le sang noir peut rétablir momentanément l'irritabilité galvanique dans les muscles où elle a été détruite par défaut de circulation; or le cœur serait soumis aux mêmes lois que les autres muscles. La physiologie expérimentale a des limites qu'elle ne saurait dépasser; le raisonnement les lui pose.

Quoi qu'il en soit, attachons-nous à donner une idée des liaisons intimes qui unissent entre eux le cœur, les poumons et le

cerveau, afin d'expliquer les résultats matériels de chacun des genres de mort par ces organes.

Mort par le cœur gauche. — Il n'est pas un organe de l'économie qui n'ait besoin de sang rouge pour l'entretien de sa vie; le cerveau, les centres nerveux et les nerfs ne sauraient faire exception. Du moment que le cœur gauche cessera de se contracter, le cerveau et ses appendices ne recevront plus de sang, et dès lors leurs fonctions se trouveront suspendues; dès lors aussi cessation des fonctions des organes qu'ils tiennent sous leur dépendance immédiate, le système musculaire de la vie animale, par exemple. Les muscles dilatateurs de la poitrine ne pouvant plus se contracter, la respiration ne saurait s'effectuer; la mort générale doit donc être la conséquence de la mort du cœur gauche.

Recherchons immédiatement quel sera l'état anatomique qui pourra nous faire constater ce genre de mort à l'ouverture du corps. — Le cœur gauche cesse d'agir, mais les vaisseaux placés au-delà et ceux placés en deçà continuent encore de vivre. Les premiers transportent dans tous les organes de l'économie le sang qu'ils ont reçu du cœur, ils se vident complétement; les seconds ne cessent d'apporter du sang au cœur gauche, qui est bientôt distendu par ce liquide, et alors les troncs veineux ou vaisseaux afférents, ne trouvant plus à se vider, se remplissent successivement; les poumons eux-mêmes s'engorgent, puis les cavités droites du cœur, puis les veines, et successivement les divers organes plus éloignés qui se remplissent d'autant moins qu'ils sont plus distants du cœur; quant au cerveau, sa substance se trouve exsangue, parce qu'elle ne contient que des vaisseaux d'émission, tandis que les veines ou vaisseaux de retour sont plus ou moins remplis. — En résumé, cœur gauche et veines pulmonaires distendues par du sang; poumons assez gorgés; une certaine quantité de sang dans les cavités droites; une proportion relative moindre dans les veines caves.— Vacuité du système artériel; plénitude assez marquée des veines cérébrales et des sinus de la dure-mère.

Mort par le cœur droit. — Lorsque la mort survient par le cœur droit, elle ne peut entraîner celle des autres organes qu'en ne leur envoyant plus de sang. Le système pulmonaire et la respiration continuant à s'effectuer, le cœur gauche se contracte, mais à vide, et bientôt tout le système artériel se vide en même temps que tout le système veineux se remplit, derrière les cavités droites du cœur ; le cerveau et ses annexes meurent, parce qu'ils cessent de recevoir du sang ; la mort du cerveau suspend bientôt la respiration. Mais comment la mort du tissu du cœur gauche et celle du tissu pulmonaire surviennent-elles ? Ici, on est forcé d'admettre que ce besoin du sang pour l'exercice des fonctions cérébrales est aussi vif, pour les fonctions du système musculaire du cœur ; de là, la mort des cavités gauches. Ainsi le cœur droit, venant à mourir, n'entraîne pas directement la mort du cœur gauche et celle des poumons. Elle détermine la suspension des fonctions du cœur gauche, parce qu'elle met obstacle à l'arrivée du sang rouge dans le tissu musculaire de ses parois ; elle entraîne la suspension de la respiration, parce que la vie est éteinte dans le cerveau, qui, ne réagissant plus sur les muscles inspirateurs et le tissu pulmonaire lui-même, cesse d'être animé par défaut de sang, à l'instar du cœur. — Le point d'arrêt de la circulation étant au cœur droit, on doit trouver exsangues tous les vaisseaux et tous les organes qui sont au-devant de lui, et au contraire, gorgés de sang tous ceux qui sont placés derrière. Ainsi, poumons décolorés, oreillette et ventricule gauche du cœur vides ; artère aorte vide ; cerveau à l'état normal ; cœur droit, veines caves et leurs divisions remplis de sang.

Mort par la totalité du cœur. — Ici la circulation vient à cesser partout à la fois. Rien n'est changé dans l'état anatomique des organes, et par conséquent tous doivent renfermer du sang ; il n'y a plénitude d'aucun d'eux. Aussi retrouve-t-on, proportions gardées, eu égard aux capacités des cavités, autant de sang à droite qu'à gauche, dans les troncs artériels comme dans les troncs veineux, dans le tissu pulmonaire comme dans les centres nerveux ; de là aussi l'absence d'altération ou de

changement, ce qui fait dire qu'il n'y a rien, et ce qui a empêché la plupart des auteurs de tirer de cet état la conclusion qu'ils auraient dû en tirer, c'est-à-dire *la preuve de la mort par syncope*.

Mort par les poumons. — Admettons que par une cause quelconque la vie soit tout-à-coup suspendue dans les poumons, la circulation s'arrêtera dans ces organes; et ce qui le prouve, c'est l'état d'engorgement sanguin dans lequel on les trouve à l'ouverture du corps. En vain nous chercherions à expliquer cet état, sans voir s'élever contre notre assertion l'autorité imposante d'un nom ; car deux idées tout-à-fait contraires partagent aujourd'hui les physiologistes : les uns admettent avec Haller que le tissu pulmonaire frappé de mort ne saurait être perméable au sang et se laisser traverser par lui; les autres pensent avec Goodwin que la circulation peut persister. Il est certain que la suspension temporaire de la respiration permet à la circulation de continuer pendant un certain temps sans que le pouls dénote un affaiblissement, et que, par conséquent, la distension du tissu pulmonaire par l'air, ne paraîtrait pas être une condition indispensable à la circulation; mais on ne peut rien inférer de cette observation, attendu que l'expérience ne saurait être suffisamment prolongée pour juger de cet effet ; tout le monde sait que chez les individus qui ont la faculté de suspendre pendant un laps de temps suffisant la respiration, le pouls s'affaiblit peu à peu. Le tissu pulmonaire reste d'ailleurs privé de vie durant la suspension temporaire de la respiration, et il ne saurait être comparé au tissu pulmonaire frappé de mort. Nous pensons donc que l'explication de la congestion sanguine pulmonaire qui accompagne la mort par asphyxie, peut être aujourd'hui trop controversée pour que nous essayions de la donner; mais nous constatons en fait, que l'arrêt primitif de la circulation est dans les poumons lors de la mort par asphyxie, et quelle que soit la cause de l'asphyxie.

Partant de cette donnée, nous disons : la mort, survenant par les poumons, la circulation s'arrête dans le système capillaire de cet organe; dès lors les veines pulmonaires se vident, et

n'apportent bientôt plus de sang au cœur gauche ; ce dernier n'en envoie plus au cerveau et aux centres nerveux, qui ne peuvent plus réagir sur les muscles et sur les organes, et qui déterminent la mort générale.

Aussi trouve-t-on , à l'ouverture du corps , les poumons gorgés de sang ; le ventricule et l'oreillette droite du cœur ainsi que les veines caves remplies par ce fluide, ainsi que le système capillaire général, parce que le cœur gauche et les artères lui ont cédé tout le sang qu'ils contenaient. C'est assez dire que la substance de tous les organes parenchymateux, ainsi que les veines de ces organes, doivent contenir une quantité notable de sang ; aussi trouve-t-on le cerveau piqueté, ses veines assez remplies ; de même qu'à la section de la substance du foie il s'écoule des troncs veineux, du sang en proportion notable.

Mort par le cerveau. — Elle peut survenir de deux manières, ou par congestion sanguine de l'organe, ou par commotion. Dans l'un ou l'autre cas, la mort du cerveau, et nous y comprenons celle du cervelet et de la moelle, entraîne la cessation d'action de tous les muscles de la vie animale; dès lors, suspension de la respiration ; arrêt de la circulation par suspension des fonctions du cœur qui survient de la même manière que si la mort avait primitivement lieu par les poumons. A l'ouverture du corps, le cerveau sera donc plus ou moins gorgé de sang , les poumons seront assez congestionnés ; on trouvera du sang et dans les cavités droites et dans les cavités gauches, mais plus à droite qu'à gauche.

Il résulte de la connaissance de ces faits :

1° *Que si la cause de la mort agit d'abord en suspendant l'action totale du cœur, on doit trouver :*

Les poumons , le cerveau et le système capillaire général à peu près dans l'état normal.

Les artères doivent contenir du sang ; il en est de même des cavités droites et gauches du cœur, qui renferment une quantité à peu près égale de ce fluide.

2° *Si la mort a lieu par le cœur gauche*,

Le système artériel et le cerveau sont vides de sang ;

Le cœur droit et le système veineux contiennent une petite quantité de sang ;

Les poumons en renferment plus que d'habitude, et le cœur gauche en est rempli.

3° *Si elle a lieu par le cœur droit*,

Le cerveau est dans l'état naturel ;

Les poumons, le cœur gauche et le système artériel sont vides de sang ;

Le système veineux et le cœur droit en sont au contraire gorgés.

Ces deux derniers genres de mort ne pouvant être que le résultat d'une blessure du cœur, ou d'une déchirure spontanée ou accidentelle de cet organe, il arrive toujours qu'un épanchement de sang, plus ou moins considérable dans la poitrine, coïncide avec les deux états que nous venons de décrire.

4° *Que dans la mort qui commence par les poumons*,

Le cœur gauche, les artères et la substance du cerveau sont à peu près vides de sang.

Le système capillaire général, les vaisseaux veineux, le cœur droit et les poumons, sont remplis par ce fluide.

5° *Enfin, si la mort a lieu primitivement par le cerveau*, que les artères et le cœur gauche ne contiennent pas de sang.

Il en est de même du cerveau lorsque la cause qui a agi sur lui a suspendu son action par l'effet d'une commotion.

Le cœur droit, les vaisseaux veineux et les poumons contiennent au contraire une quantité notable de ce fluide, mais beaucoup moins considérable que dans les cas où la mort a eu lieu primitivement par les poumons.

On voit par ce que nous venons de dire sur l'état dans lequel on peut trouver les organes de l'économie, dans les divers genres de mort subite dont nous allons traiter tout à l'heure, que le médecin légiste pourra être éclairé sur des questions de survie qu'il ne serait pas à même de résoudre sans ces connaissances. Il nous suffira de citer quelques faits à l'appui de cette proposition. Trois personnes se noient en même temps par accident. Il

s'élève une question d'hérédité qui ne peut être résolue d'une manière positive qu'en déterminant quelle est celle des trois qui a survécu aux deux autres. L'une, sujette aux congestions sanguines du cerveau, meurt d'apoplexie. Une autre, très impressionnable, périt par syncope. Une troisième ne succombe qu'après avoir lutté long-temps contre la mort qui, dans ce cas, est déterminée par l'asphyxie. Le médecin ne puisera-t-il pas alors dans l'état anatomique des systèmes veineux et artériels, du cœur, des poumons et du cerveau, des données à l'aide desquelles il établira des probabilités basées sur des faits et non sur les suppositions du raisonnement. Il en sera de même du cas d'un éboulement de terre ou de maison, d'un incendie, ou de toute autre cause susceptible d'agir à la fois sur plusieurs individus. Au surplus, l'histoire des morts subites que nous allons tracer fera surtout sentir toute la portée de ces observations.

CHAPITRE III.

DES MORTS SUBITES.

Une opinion encore accréditée parmi les médecins, consiste à considérer l'apoplexie dite foudroyante, comme la cause la plus commune de la mort qui a lieu subitement.

Que l'on consulte les rapports qui sont adressés tous les jours à la préfecture de police, à l'égard des décès qui ont lieu sur la voie publique, et l'on y verra cette cause de mort énoncée quatre-vingt-dix fois au moins sur cent.

La statistique dressée chaque année par la préfecture du département de la Seine vient à l'appui de cette assertion.

Chargé de la direction médicale d'un établissement où sont apportés les corps des personnes qui ont succombé à une mort assez prompte pour qu'il n'ait pu être obtenu aucun document sur l'état civil de l'individu décédé, il m'appartenait plus qu'à tout autre de rechercher jusqu'à quel point cette manière de voir était fondée.

C'est ce résultat que je vais exposer. Il prouve combien jusqu'alors l'erreur a été grande, en même temps qu'il démontre la variété des causes capables d'amener une mort rapide.

La cause matérielle d'une mort subite ne peut que très rarement être connue au moyen des renseignements que l'on acquiert sur les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi la mort. Ce n'est que dans l'autopsie qu'il est possible de puiser des notions positives à cet égard, l'observation des phénomènes qui ont accompagné la mort et leur narration étant toujours plus ou moins inexactes.

Certes, dans quelques circonstances, la cause de la mort pourra être reconnue avant l'ouverture du corps : ainsi, une personne rend tout-à-coup du sang en abondance par la bouche ; elle succombe. Si un médecin a été présent, il pourra dans certains cas, d'après la nature du sang rendu, distinguer une hé-

matémèse d'une hémoptysie, mais il faut qu'un médecin soit présent. Citerait-on l'ivresse comme un second exemple? Ce serait à tort. L'ivresse n'est souvent que la cause prédisposante de plusieurs genres de mort.

Ceci posé, il n'est pas indifférent d'envisager les organes sous tel ou tel point de vue; de les explorer de telle ou telle manière, pour reconnaître les divers modes de mort subite. — Dans les ouvertures des corps qui ont pour but la recherche des altérations morbides d'organes, c'est l'anatomie pathologique de détail qui appelle l'attention du médecin. Ici, au contraire, c'est une anatomie pathologique d'ensemble; et tandis que, dans l'examen des parties malades, on se place dans toutes les conditions les plus favorables à l'exploration, en enlevant du corps successivement chaque organe; là il faut leur conserver non seulement leurs rapports, mais encore craindre de léser les vaisseaux qui établissent entre eux des corrélations et surtout ceux qui constituent les principales branches du système circulatoire.

Il faut encore qu'en présence du cadavre, le médecin soit bien pénétré du rôle relatif que jouent les trois organes principaux de la vie : le cerveau, les poumons et le cœur; aussi peut-on dire que Bichat, qui le premier l'a bien fait connaître, a, par ses belles notions de physiologie, mis les médecins à même d'apprécier les causes des morts subites, et qu'avant lui il devait être impossible de le faire dans la très grande généralité des cas.

C'est surtout en médecine légale que ces idées trouvent une application directe : en médecine légale, où le premier devoir du médecin est de déterminer la cause de la mort. Et telle est la portée de ces notions, que dans le cas où les circonstances de la mort sont inconnues, ce sont ces notions seules qui peuvent guider utilement l'expert en lui faisant connaître la source de l'extinction de la vie, et partant la cause déterminante de la mort.

Voici un fait à l'appui :

Deux frères habitaient la même chambre; tous deux ouvriers chez des maîtres différents, ne se voyaient que le soir ou le

matin. L'aîné, rentrant à huit heures chez lui, trouva son frère profondément endormi. Surpris de le voir couché sitôt, il prend quelques renseignements auprès d'un voisin, qui lui rapporte que, contre son habitude, son frère était rentré à trois heures de l'après-midi. Ce dernier avait une blennorrhagie. Le frère aîné attribue à la fatigue ce retour prématuré et le sommeil profond qu'il avait observé. Loin d'éveiller son frère, il se couche avec précaution auprès de lui. Mais à trois heures du matin, la respiration devient de plus en plus gênée, et le malade succombe.

Une enquête eut lieu, et je fus chargé de procéder à l'autopsie. Après avoir constaté qu'il n'existait aucune trace de violence à laquelle on pût rattacher la mort, je dus déclarer que celle-ci avait été le résultat d'une congestion pulmonaire et cérébrale, qui pouvait s'être développée *spontanément*, mais dont on expliquerait aussi bien l'origine dans la supposition où ce jeune homme aurait pris une préparation narcotique, l'analyse chimique pouvant seule lever tout doute à cet égard.

Cette analyse fut faite par M. Barruel; et il constata l'existence d'une grande quantité d'une préparation d'opium dans les intestins.

D'une autre part, l'enquête de la justice apprit plus tard que le jour même de la mort, un pharmacien avait délivré une certaine dose de laudanum pour être employée par gouttes dans des lavements. Dans la chambre, on trouva vide le flacon qui renfermait cette préparation.

Eh bien! c'est en ayant égard dans notre autopsie, d'une part à l'état de plénitude des cavités droites du cœur et des troncs veineux qui s'y rendent, faisant contraste avec la vacuité des cavités gauches et des artères; à l'état d'engorgement sanguin des poumons; à la plénitude du système veineux du cerveau et à l'état piqueté de la substance de cet organe; d'une autre part, aux phénomènes qui avaient précédé le décès, que nous sommes arrivé, en l'absence de toute trace de violence capable d'expliquer la mort, à pressentir sa cause.

Que si, moins imbu que nous le sommes de l'importance des idées émises par Bichat, nous avions suivi les errements

des ouvertures ordinaires, loin d'examiner en place le cœur, les poumons et le cerveau, nous aurions enlevé successivement chacun de ces organes; nous n'aurions pas pu apprécier la quantité relative de sang que les cavités droites et les cavités gauches du cœur renfermaient ; nous aurions mal jugé l'état de plénitude ou de vacuité des artères et des veines principales, ainsi que des vaisseaux du poumon et du cerveau, et nous n'aurions pas imprimé à la justice une direction qui devait la conduire à la découverte de la vérité.

Tel a toujours été mon guide dans la recherche des causes de la mort qui a lieu subitement. J'avais besoin d'exposer les idées qui m'avaient dirigé, afin d'établir par la suite la preuve d'un genre de mort subite admis par les uns, rejeté par les autres, et qui, suivant moi, doit être pris en considération aussi bien que l'asphyxie, l'apoplexie, etc., je veux parler de la mort par syncope.

Les morts subites peuvent survenir, ainsi que l'a énoncé Bichat, par le cerveau, par les poumons et par le cœur. De là trois grandes divisions principales. Mais chacun de ces organes n'est pas toujours affecté isolément. Ainsi, la mort subite par le cerveau seul est rare; elle est plus fréquente quand la cause de la mort a son siége dans le cerveau et dans la moelle; elle est plus commune encore lorsque les poumons et le cerveau concourent ensemble à l'extinction de la vie.

Sur 40 cas de mort subite que nous avons observés depuis plusieurs années, nous trouvons 4 cas seulement où la mort a eu lieu par le cerveau seul, 3 où le cerveau et la moelle étaient le siége d'une congestion, et 12 où les poumons et le cerveau étaient affectés simultanément.

Les morts subites par les poumons seuls sont les plus communes; on en trouve 12 exemples sur 40; et si à ces exemples on joint les 12 cas de mort subite par le cerveau et les poumons à la fois, on verra que 24 fois sur 40 les poumons sont affectés dans la mort qui a lieu subitement.

La mort par le cœur est la plus rare : nous ne l'avons observée que 3 fois sur 40.

Enfin, le nombre 40 de nos observations se complète par 4 cas

d'hémorrhagie, soit par le cœur, soit par la rupture de gros vaisseaux, soit par une exhalation sanguine ayant son siége dans l'estomac; d'où il résulte que les morts subites peuvent survenir en ayant égard à leur fréquence :

1° Par les poumons;

2° Par les poumons et le cerveau;

3° Par le cerveau et par la moelle;

4° Par le cerveau seul;

5° Par une hémorrhagie, soit que le sang s'écoule au dehors, soit que le sang s'accumule dans les cavités séreuses;

6° Par le cœur.

La conséquence à tirer de cet aperçu général, c'est que la mort subite ne peut que fort rarement être le résultat d'une lésion locale limitée à une très faible étendue; qu'il faut presque toujours qu'un des organes principaux de la vie soit affecté dans tout son ensemble; que souvent deux des trois organes principaux de l'économie sont pris à la fois, et que, par conséquent, c'est une opinion bien erronée que celle qui considère l'apoplexie, c'est-à-dire l'hémorrhagie cérébrale circonscrite, comme la cause la plus commune des morts subites, puisque, sur 40 cas de mort subite, nous n'avons observé qu'un seul foyer apoplectique.

Une circonstance, déduite de l'analogie de lésion, vient à l'appui de l'assertion que nous venons d'émettre. Sur 24 cas de mort subite par les poumons seuls ou par les poumons et le cerveau à la fois, nous n'avons pas observé un seul cas d'apoplexie pulmonaire circonscrite; condition fort remarquable, et qui prouve que si l'hémorrhagie de la substance cérébrale a pu causer la mort subite dans un seul cas, c'est qu'il fallait qu'elle eût eu lieu dans un organe aussi important que la protubérance annulaire, et que peut-être elle fût liée à une autre condition de léthalité, une certaine congestion de la masse cérébrale par exemple, pour amener la mort; car il existait trois cuillerées environ de sérosité dans les ventricules latéraux. D'ailleurs, la mort n'avait même pas été instantanée; le malade avait succombé pendant son transport de la voie publique, où il avait été trouvé, à l'Hôtel-Dieu. Et en effet, qui ne se rappelle les cas

d'apoplexie pulmonaire rapportés et décrits par M. Cruveilhier? On y voit une hémorrhagie qui a envahi une grande partie de l'un des poumons, et cependant la mort n'a pas été immédiate ; il en a été de même dans les exemples cités par Corvisart et Bayle. C'est qu'une lésion locale ne peut avoir qu'une influence locale primitive ; à moins que, comme dans la tête, elle ait son siége au milieu d'une masse enveloppée de parois inextensibles ; et que, venant à augmenter le volume de cette masse, elle agisse secondairement sur sa totalité avec une force assez puissante pour anéantir son action.

Voici un exemple de ce genre : Une femme est prise des douleurs d'un avortement ; les contractions utérines sont bientôt accompagnées de vomissements nombreux avec des efforts considérables. Au bout de quatre heures, la mort arrive presque subitement : une hémorrhagie avait eu lieu par la rupture d'un vaisseau avoisinant les parois du ventricule latéral gauche ; le sang s'était épanché dans les quatre ventricules à la fois, et les avait distendus outre mesure.

Si la mort ne peut guère avoir lieu subitement sous l'influence seule d'une lésion locale circonscrite, on s'explique facilement comment un grand nombre d'observateurs anciens n'ont pas pu se rendre compte de la mort dans plusieurs circonstances. Cela tient probablement à ce qu'ils n'ont observé que des organes au lieu d'appareils d'organes ; et cela me conduit nécessairement à donner immédiatement la preuve de la mort par syncope.

Je poserai d'abord en principe, ainsi que je l'ai déjà fait depuis long-temps, que la congestion sanguine d'un organe pendant la vie laisse des traces de son existence après la mort, lorsque celle-ci a lieu subitement.

Ces traces de congestion n'ont pas toujours, après la mort, le siége qu'elles avaient pendant la vie ; ainsi, tandis qu'elles occupaient la totalité du tissu d'un organe, elles peuvent ne plus occuper que ses parties déclives.

Je considère l'hémostase d'un organe, ou ce que j'ai appelé les lividités cadavériques partielles, comme donnant la mesure de la quantité de sang que l'organe contenait pendant la vie.

Tout le monde connaît les lividités de la peau ; tout le monde sait qu'après la mort elles occupent les parties déclives du corps. Il est certain que ces lividités ne s'opèrent pas de la surface de la partie la plus élevée, à la surface inférieure de la partie la plus déclive, en traversant les parties intermédiaires; en d'autres termes, que le sang qui existait dans le tissu de la peau au moment de la mort, ne passe pas à travers les muscles pour se rendre à la partie la plus déclive de la peau et y constituer les lividités cadavériques, mais qu'il traverse probablement le réseau vasculaire de cette enveloppe pour se rendre peu à peu dans les points les plus inférieurs.

Eh bien, ce qui a lieu à la peau, a lieu dans tous les organes à tissu continu, en sorte que, dans tous les parenchymes perméables, il s'opère des lividités cadavériques comme il s'en produit à la peau.

A-t-on jusqu'alors fait une part assez grande à ces lividités cadavériques partielles? Je ne le pense pas. On trouvera, par exemple, le tissu pulmonaire blafard à sa surface extérieure et en avant, violacé en arrière, et l'on ne s'arrêtera pas à cet état de l'organe, par cela même qu'on le considérera comme purement cadavérique. Mais cette quantité de sang accumulée en arrière ne donne-t-elle pas la mesure de la quantité de sang que renfermait l'organe pendant la vie, et partant de sa congestion?

Ce que je dis du poumon, je puis le dire du cerveau; je puis le dire du foie; et c'est en négligeant ainsi cet ordre de considérations, que la mort par asphyxie pulmonaire échappe à l'œil investigateur des altérations pathologiques. Ce serait une erreur de dire que, là où il n'y a pas de lésion de tissu, il n'y a pas de cause de mort; car la congestion viscérale qui précède nécessairement l'altération de tissu est capable d'amener la mort, lorsque cette congestion a une étendue considérable.

Mais, en définitive, comment la mort survient-elle sous l'influence d'une congestion? C'est parce que cette congestion met le tissu de l'organe dans l'impossibilité de remplir ses fonctions. Voilà pour l'influence exercée mécaniquement sur le tissu des principaux organes de l'économie.

Si donc une autre cause venait à placer le tissu des organes

principaux de la vie dans l'impossibilité d'agir, la mort n'en devrait-elle pas aussi être une conséquence directe? Eh bien! c'est ce que produit le défaut d'innervation à l'égard du cœur; c'est ce que produit la commotion ou la compression à l'égard du cœur ou du cerveau.

Ce défaut d'innervation à l'égard du cœur peut avoir lieu sous une influence morale comme sous une influence mécanique, et par conséquent la mort par le cœur, ou la mort par syncope, est tout aussi admissible, comme mort accidentelle, que la mort par commotion du cerveau.

Mais, dira-t-on, personne ne nie la mort par syncope. Il est vrai qu'on l'admet quand elle reconnaît pour cause la joie ou la peine portées à l'excès; mais l'admet-on quand elle est toute spontanée, sans lésion organique, sans maladie du cœur préexistante, sans cause déterminante apparente? La plupart des praticiens conservent du doute à cet égard, et cela est si vrai que tous les jours on rapporte des cas dans lesquels la mort subite est présentée comme inexplicable, attendu que l'on n'a pas trouvé à l'ouverture du corps d'altération capable de l'expliquer, sans que je prétende toutefois que tous ces cas puissent être rattachés à une syncope.

Eh bien, c'est justement ce défaut d'altération pathologique, coïncidant toujours avec la mort par syncope, qui en forme pour ainsi dire un des caractères, une des circonstances concomitantes.

Enfin, pour arriver à une démonstration complète de cette cause de mort subite, j'ai besoin de rappeler quelques propositions qui ne peuvent souffrir, je crois, aucune objection.

La mort par le cerveau, ou par les poumons, ou par le cœur, a des caractères matériels d'ensemble tout aussi tranchés qu'une altération pathologique locale. Ces caractères se déduisent non seulement de l'état dans lequel se trouve l'organe qui le premier a cessé de remplir ses fonctions, mais encore de l'état des deux autres organes principaux de l'économie et de celui des principaux troncs vasculaires veineux et artériels. Cet état est une conséquence du point de départ, de l'arrêt de la circulation qui a accompagné la mort.

Ainsi, la mort a-t-elle lieu par les poumons, la circulation s'arrête primitivement dans ces organes, l'artère pulmonaire, les cavités droites du cœur et les veines caves sont gorgées de sang. Les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur et l'aorte sont vides ou en renferment une proportion infiniment petite.

S'opère-t-elle par le cerveau, la respiration s'embarrasse, les poumons se congestionnent, puis le cœur cesse de battre ; aussi trouve-t-on alors les veines méningiennes gorgées de sang; les poumons en renferment une quantité assez notable ; il en existe à droite et à gauche dans le cœur, mais en plus grande quantité à droite qu'à gauche.

Enfin, la mort subite a-t-elle débuté par le cœur, l'action de ce dernier cessant tout-à-coup, les cavités droites et gauches sont pleines, non pas comme dans les cas où le sang s'y accumule, mais comme dans l'état habituel de la circulation : il existe du sang et dans les veines caves et dans les artères. Les poumons ne sont le siége d'aucune congestion non plus que le cerveau.

D'où il résulte qu'il est possible de distinguer *à priori* ces trois genres de mort, et qu'il est aussi facile de constater la mort par syncope, que la mort par asphyxie ou par congestion cérébrale ; mais on n'arrive à ce résultat qu'en examinant dans leur ensemble le cœur, les gros vaisseaux et les poumons, et en explorant séparément les cavités droites et les cavités gauches.

Ce sont ces données réunies à l'absence de toute altération organique capable de déterminer immédiatement la mort, qui m'ont engagé à comprendre dans les 40 cas de mort subite que j'ai observés, 4 cas de mort par syncope; et je considère l'existence de ces cas comme aussi bien démontrée, que celle des exemples d'asphyxie pulmonaire ou de congestion cérébrale. — Une objection pourrait cependant m'être faite à cet égard. On pourrait dire, par exemple, que la démonstration d'un fait au moyen de caractères négatifs ne peut pas être aussi évidente que celle qui repose sur des caractères positifs. Cette assertion, toute vraie qu'elle puisse être en général, n'est pas applicable au cas qui nous occupe. Dans la mort par syncope,

s'il y a absence de congestion d'organe, on trouve un degré de plénitude des cavités du cœur et des gros vaisseaux tant artériels que veineux, qui forme aussi bien un caractère démonstratif de la syncope, que la plénitude outre mesure de certains vaisseaux et de certains organes pour telle congestion en particulier.

Après avoir fait connaître les causes générales et directes de la mort, je vais chercher à les particulariser en rangeant les 40 cas que j'ai observés par catégories.

Ils peuvent être répartis ainsi qu'il suit :

Apoplexie avec foyer dans la protubérance annulaire.	1
Apoplexie sanguine méningienne	3
Apoplexie séreuse et congestion pulmonaire. . . .	2
Congestion sanguine cérébro-rachidienne.	3
Congestion pulmonaire.	12
Congestion pulmonaire et cérébrale.	12
Hématémèse	2
Syncope	3
Rupture du cœur.	1
Rupture de l'artère pulmonaire.	1

Dans le cas d'apoplexie avec foyer, le sang constituait un caillot occupant la moitié gauche de la protubérance annulaire, se prolongeant dans le pédoncule du cerveau et dans celui du cervelet, où il occupait même une grande partie de la substance blanche de cet organe. Le sang était coagulé, et le caillot était parsemé d'une quantité considérable de filaments de substance blanche. Ce caillot avait déchiré inférieurement la substance de la protubérance annulaire, et formait une crevasse que l'on apercevait en détachant le cerveau de la base du crâne. Trois cuillerées de sérosité limpide existaient dans les ventricules latéraux ; la substance du cerveau était très humide ; les membranes étaient pâles, et les vaisseaux ne renfermaient que peu de sang.

Les trois exemples d'apoplexie sanguine méningienne se faisaient remarquer par un affaissement, une dépression notable de la convexité des circonvolutions cérébrales; une injection

très marquée des vaisseaux sous-arachnoïdiens, dont les ramifications capillaires étaient fortement dessinées. Dans deux des trois cas, les quatre ventricules étaient remplis par du sang, et dans l'un d'eux, sa proportion était si grande que le sang a jailli à l'ouverture de l'un des ventricules. Dans le troisième cas, il existait une quantité notable de sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux et moyens, et du sang distendait le quatrième ventricule. La mort n'a pas eu lieu brusquement; elle est survenue dans un temps variable, entre un quart d'heure et une heure.

Les deux exemples d'apoplexie séreuse avec congestion pulmonaire se faisaient remarquer par l'absence de plénitude des sinus de la dure-mère, des vaisseaux veineux des membranes du cerveau; l'humidité de la substance cérébrale, qui paraissait gorgée de sérosité; les quatre ventricules et le canal rachidien renfermaient une quantité considérable de ce liquide; la substance cérébrale, sablée. Dans l'un des cas, l'arachnoïde et la pie-mère offraient une couleur opaline très prononcée.

Dans les deux exemples cités, la congestion pulmonaire se dessinait par une couleur rouge-brique du tissu pulmonaire, l'engorgement des troncs vasculaires des poumons, et la plus grande quantité de sang dans les cavités droites du cœur que dans les cavités gauches.

Les deux faits de mort subite par hématémèse n'ont rien offert de bien remarquable; le sang remplissait l'estomac. Sa quantité s'élevait à deux livres et demie ou trois livres, et cependant des vomissements sanguins avaient déjà eu lieu. Le sang dans l'estomac était en partie liquide, en partie rassemblé à l'état de caillot unique. A la surface de la membrane interne de cet organe existait un enduit muqueux très visqueux, sanguinolent; la membrane elle-même était très injectée dans la totalité de sa surface par des arborisations vasculaires dans un cas, mais dans l'autre cette injection était moins marquée, et après l'ablation de la couche de mucus sanguinolent qui la tapissait, on voyait toutes les bouches béantes des vaisseaux exhalants, dessinés par des points ou petites cavités enfoncées dans l'épaisseur de cette membrane. Dans les deux exemples,

la membrane muqueuse offrait moins de densité que de coutume ; elle se laissait facilement déchirer.

L'un de ces individus était un phthisique dont les poumons étaient farcis de tubercules, la majeure partie à l'état cru; ils présentaient quelques cavernes à leur sommet.

Le cas de rupture du cœur dont j'ai déjà fait mention se rapporte à un homme de 65 ans, demeurant à Bicêtre, et qui avait toujours joui d'une bonne santé. Il était assis au milieu de ses camarades, quand tout-à-coup il pâlit, chancela, perdit connaissance, et expira. L'élève de garde n'eut pas le temps d'arriver avant la mort. On trouva le péricarde distendu par une quantité de sang considérable dont le sérum était séparé. Un caillot existait dans la partie la plus déclive de ce sac membraneux.

A gauche du sillon qui indique en avant la délimitation des deux ventricules et à l'union des deux tiers supérieurs de l'organe avec son tiers inférieur, existait une ouverture irrégulière, à bords déchirés correspondant aux deux gros piliers charnus de la valvule mitrale; cette déchirure était presque transversale à l'axe du cœur ; elle avait quatre lignes et demie de long sur deux lignes de large; le tissu circonvoisin était ramolli, du sang était infiltré dans son épaisseur, et l'on y voyait un caillot du volume d'une noisette.

Le volume du cœur était à l'état normal.

Enfin, c'est en commun avec M. Ollivier que j'ai observé l'exemple de rupture de l'artère pulmonaire que j'ai cité. Deux litres de sang environ remplissaient la cavité gauche de la poitrine, et, chose peu commune, la séparation complète du sang en sérum et en caillot s'était effectuée; car, dans la majeure partie des cas, le sang épanché dans les cavités séreuses y est presque totalement liquide. Le poumon gauche était réduit à un très petit volume ; le péricarde était perforé par une ouverture arrondie d'un pouce de diamètre, non loin de l'endroit où il se reflétait sur les vaisseaux qui existent à la racine du poumon gauche ; le tissu pulmonaire se déchirait dans ce point avec une grande facilité. A gauche et un peu en arrière de l'artère pulmonaire, alors qu'elle est encore enveloppée par le pé-

ricarde, on voyait une rupture des parois artérielles. Telle était sa disposition, que, vue à l'intérieur, l'artère offrait deux sections ou déchirures transversales superposées dans le sens de ses fibres circulaires, séparées par un petit pont ou lambeau d'une ligne de longueur. L'une de ces ouvertures placée plus près du ventricule gauche du cœur, avait six lignes de longueur et l'autre huit lignes. Leurs bords étaient nets, lisses comme si elles avaient été faites avec un instrument tranchant. En dehors de la tunique interne et moyenne, on trouvait une ecchymose arrondie de huit lignes de diamètre; le tissu de l'artère paraissait à l'état normal.

Cet individu avait bu une certaine quantité de vin dont nous avons constaté l'existence dans l'estomac, et on trouva, en effet, des indices de congestion pulmonaire et cérébrale. C'était pendant une lutte que la rupture artérielle avait eu lieu.

J'arrive actuellement à l'exposition des caractères anatomiques des trois genres principaux de mort.

Mort par congestion pulmonaire. — Caractères anatomiques.

État des poumons. — En général, la mort est tellement prompte, que les individus tombent à terre brusquement, et qu'alors on rencontre des traces d'excoriation ou de contusion au front, au nez, ou sur d'autres parties de la face ; elles sont presque toujours superficielles.

La langue est quelquefois engagée entre les arcades dentaires et mordue, comme cela s'observe dans la suspension; ou bien les deux mâchoires sont croisées l'inférieure sous la supérieure. D'où il résulte que c'est avec raison que nous avons considéré l'engagement de la langue entre les arcades dentaires chez les pendus plutôt comme un phénomène nerveux que comme un résultat de la constriction du cou par un lien et surtout de la situation au-dessus, au-dessous ou sur le larynx, ainsi que plusieurs médecins légistes l'ont indiqué.

La peau est rarement colorée en rose, comme cela s'observe dans la mort par asphyxie, et notamment dans l'asphyxie par le charbon.

La membrane muqueuse laryngienne trachéale et bronchique est fort injectée, et quelquefois d'un rouge intense. Il n'est pas rare de retrouver dans les divers organes qu'elle tapisse, et notamment vers la fin de la trachée et dans les bronches, une mousse écumeuse ayant beaucoup d'analogie avec celle des noyés; mais elle en diffère en ce qu'elle est presque constamment sanguinolente, tandis que celle des noyés est toujours très blanche.

Les poumons remplissent complétement la cavité des plèvres. Leur surface extérieure est de couleur ardoisée. On y voit une foule d'arborisations vasculaires, dessinées par le sang que le système capillaire renferme. Si l'on incise le parenchyme pulmonaire, il est d'un rouge qui devient de plus en plus foncé à mesure que l'on observe ce tissu en procédant de la partie antérieure et plus superficielle de l'organe, à sa partie profonde et plus déclive. En sorte qu'il présente successivement les nuances du rouge vif, du rouge brique, du rouge ardoisé et du noir.

Aussitôt que, par la section du tissu pulmonaire, on vient à ouvrir des vaisseaux veineux d'un certain calibre, il s'en écoule en nappe un sang noir, épais, qui devient de plus en plus abondant au fur et à mesure que l'on pénètre plus profondément.

Mais le volume des poumons, leur coloration extérieure, la couleur de leur tissu, et l'écoulement sanguin des vaisseaux peuvent offrir de grandes variations dans les congestions pulmonaires envisagées comme causes de morts subites, suivant que la congestion pulmonaire est seule ou qu'elle coïncide avec celle du cerveau; suivant l'âge et la force du sujet, le développement des organes de la respiration et la cause déterminante de la congestion.

La congestion pulmonaire doit, suivant moi, être caractérisée par deux phénomènes. Le premier, c'est la coloration du tissu; le second, c'est l'état de plénitude du système vasculaire des poumons.

De ces deux phénomènes, le plus probant en faveur de la congestion est la coloration du tissu; il constitue le cachet de la congestion active; et à ce sujet j'ai besoin d'expliquer toute ma pensée. Qu'un noyé, par exemple, périsse par asphyxie pure,

il s'opèrera dans les poumons une accumulation considérable de sang; ces organes pourront alors contenir une plus grande quantité de sang que chez un individu qui aura péri de mort subite par congestion pulmonaire, et cependant le tissu des poumons sera beaucoup moins coloré en rouge. C'est que chez le noyé, l'accumulation du sang aura été une conséquence directe de l'obstacle apporté à l'entrée de l'air par l'eau écumeuse de la trachée ; elle se sera faite par suspension des fonctions des poumons ; elle aura été passive pour ainsi dire.

Dans la congestion au contraire, c'est l'afflux du sang dans le système capillaire du tissu pulmonaire qui paralyse de prime abord l'action de ce tissu. Cette congestion s'opère d'une manière brusque, instantanée ; c'est la pneumonie qui débute avec une force telle, qu'à sa naissance elle suspend la vie ; ce sont d'abord les vaisseaux capillaires qui s'injectent et s'engorgent, puis consécutivement les troncs vasculaires. L'accumulation du sang dans les poumons peut donc être active ou passive : active dans la congestion, passive dans l'asphyxie qui reconnaît pour cause un obstacle mécanique à l'entrée de l'air et par suite la suspension des fonctions des poumons.

J'avais besoin d'entrer dans ces détails pour faire connaître deux états différents des poumons dans la mort subite, états qui ne sont, à proprement parler, que deux degrés de la congestion.

Dans l'un, le parenchyme pulmonaire offre, de la partie antérieure à la partie postérieure des poumons, les nuances de coloration rouge vif, rouge brique, rouge violacé et noir, sans que les gros vaisseaux veineux soient notablement gorgés de sang, si ce n'est dans la partie déclive de ces organes.

Dans l'autre, outre cette coloration, on trouve un engorgement des vaisseaux veineux qui existe dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire.

Ces deux variétés de congestion amènent la mort, parce que l'intensité de l'énergie vitale n'est pas la même chez tous les individus; que les uns résistent à une cause de léthalité que d'autres ne peuvent pas supporter ; c'est ce que l'on observe tous les jours dans les maladies. On a peine à se rendre compte com-

ment une affection donnée, qui cause la mort, laisse des altérations pathologiques dont les apparences morbides sont aussi légères.

Envisagés sous le rapport de la couleur de leur surface extérieure, les poumons, dans la congestion pulmonaire, peuvent offrir de grandes variétés : tantôt ils sont rosés et mêmes rouges; on voit se dessiner à leur surface un grand nombre d'arborisations vasculaires; dans d'autres cas, au contraire, la surface est blafarde, et quand on opère la section de leur tissu, on est tout surpris de les trouver d'abord d'un rouge vif et plus loin d'un rouge brique. Dans le premier cas, les vaisseaux sont toujours gorgés de sang; dans le second, il faut inciser profondément le parenchyme de l'organe pour rencontrer ce phénomène.

Dans la congestion pulmonaire très forte, le volume des poumons est tel, que ces organes remplissent non seulement toute la cavité de la poitrine, mais encore ils y paraissent comprimés, en sorte qu'ils forment une certaine saillie à l'ouverture de cette cavité. Mais la congestion peut exister, sans que les poumons aient pris un accroissement de volume, et dans quelques cas même ils semblent affaissés. Cette condition se remarque surtout chez les vieillards à poitrine étroite, et c'est en cela que l'âge et le développement de la poitrine peuvent, dans certaines circonstances, modifier les résultats de la congestion pulmonaire.

Enfin, la congestion pulmonaire présente, en général, moins d'intensité quand elle coïncide avec la congestion cérébrale, quoiqu'on puisse rencontrer des sujets chez lesquels on trouve l'une et l'autre très dessinées.

Etat du cœur et des gros vaisseaux dans ce genre de mort.

Le cœur est remarquable par la quantité relative de sang qu'il renferme dans ses cavités gauches et dans ses cavités droites; ces dernières en contiennent toujours une proportion beaucoup plus considérable qu'à gauche, et le sang y est presque toujours assez fluide, tandis qu'il est plus épais dans les cavités gauches. Les veines caves et les vaisseaux qu'elles

reçoivent contiennent beaucoup de sang; l'aorte et ses premières divisions en renferment fort peu.

Etat du cerveau dans les congestions pulmonaires.

Le cerveau et ses membranes peuvent offrir des états différents, suivant que la congestion pulmonaire est isolée ou qu'elle coïncide avec la congestion cérébrale. Dans le premier cas, la substance cérébrale est seulement piquetée; dans le second, l'état sablé ou piqueté de la substance blanche a plus d'intensité; les vaisseaux veineux de la pie-mère sont plus gorgés de sang; il en est de même des sinus de la dure-mère.

Toutefois, il n'y a pas toujours coïncidence entre l'état piqueté de la substance cérébrale et la plénitude des vaisseaux des membranes. Je vais entrer dans quelques développements à cet égard, en traitant des variations que présentent les congestions cérébrales.

Mort par congestion cérébrale. — Etat anatomique.

Les congestions cérébrales peuvent avoir deux siéges différents : 1° le cerveau; 2° les méninges.

La congestion du cerveau est souvent liée à celle des méninges; mais la congestion des méninges est souvent isolée de la congestion du cerveau.

La congestion cérébrale se caractérise par l'injection de la substance du cerveau constituant l'état sablé et piqueté porté à un très haut degré, avec exhalation séreuse ou séro-sanguinolente dans les ventricules. La quantité de sérosité qui est exhalée est variable depuis quelques gros jusqu'à plusieurs onces. Dans le cas de l'existence de cette exhalation, il semble que la substance cérébrale en soit elle-même imprégnée : aussi, quand on coupe le cerveau par tranches, sans mouiller l'instrument qui sert à opérer les sections, on n'éprouve aucune résistance de la part de la matière grasse de cet organe.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est fréquemment alors plus ou moins infiltré de sérosité, mais les vaisseaux des membranes du cerveau contiennent fort peu de sang; il en existe

une petite quantité dans les sinus de la dure-mère ; à l'ouverture de la tête et après l'ablation du cerveau, on retrouve surtout dans les fosses occipitales de la sérosité sanguinolente.

Le cervelet et la moelle participent, en général, à cette congestion, qui constitue réellement ce que les anciens désignaient sous le nom d'apoplexie séreuse, quand la sérosité exhalée n'est pas à l'état sanguinolent.

Cette congestion tue aussi rapidement que la congestion sanguine plus caractérisée des membranes dont je vais exposer les résultats matériels.

Dans la congestion sanguine méningienne, l'arachnoïde et la pie-mère sont parcourues par des arborisations capillaires multipliées qui leur donne une couleur rouge très tranchée ; les veines cérébrales et les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang ; aussi, à l'ouverture du crâne et après la section de la dure-mère, il s'écoule une grande quantité de sang liquide, tant de la cavité du crâne que du canal rachidien, et, dans quelques circonstances, cette quantité peut être évaluée sans aucune exagération à un verre et demi ou deux verres.

La congestion peut aller jusqu'à l'épanchement de sang à la surface extérieure du cerveau, non seulement chez l'enfant, comme dans le cas d'asphyxie des nouveaux-nés, mais encore chez l'adulte. Le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle ne présentent pas de traces de congestion sanguine de leur substance ; celle-ci n'est même pas quelquefois piquetée.

Les deux cas les plus remarquables de ce genre que j'aie été à même d'observer sont les suivants :

Le nommé Carlet, âgé de soixante-trois ans, était à Bicêtre depuis six mois, mangeant bien, marchant bien, mais il avait une somnolence assez habituelle. Il passe un mois dans sa famille, revient à l'hospice, dort parfaitement la nuit. Le matin il se plaint d'un peu de mal à la tête ; cependant il déjeune de bon appétit et dort pendant deux heures après son déjeuner. Il s'éveille, accuse encore un peu de céphalalgie, et sort pour prendre l'air.

Tout-à-coup il s'assied sans rien dire, pâlit, penche la tête

en avant; l'élève de garde, qui passait, s'approche de lui, mais déjà le cœur ne battait plus, la mort était survenue.

Les pupilles étaient dilatées, les membres flasques, la face très pâle.

Chez ce vieillard, il n'y avait aucune congestion de la substance de l'encéphale; un ancien foyer apoplectique à l'état de kyste séreux existait dans le corps strié du côté gauche; mais la congestion des méninges du cerveau et de la moelle était portée au plus haut degré. (*Voir* Obs. XII.)

En décembre 1831, j'ai ouvert à la Morgue une femme de quarante-cinq à cinquante ans, et qui, sans présenter à l'extérieur de lésions autres que deux légères ecchymoses superficielles au cuir chevelu, offrait une injection considérable de l'arachnoïde et de la pie-mère; du sang infiltré sous la pie-mère tapissait toute la surface extérieure des lobes du cerveau, notamment à la base du crâne; des veines, très dilatées, se retrouvaient au milieu des caillots de sang, et ce liquide ne s'était pas du tout infiltré entre les deux hémisphères. En enlevant l'arachnoïde et la pie-mère, on mettait à nu la substance cérébrale, qui conservait sa couleur et sa densité ordinaires.

Au-dessous du cervelet existait une pareille infiltration sanguine qui se prolongeait dans le canal vertébral. La substance du cerveau, du cervelet, de la protubérance annulaire, était à l'état normal. Un peu de sérosité se voyait dans les ventricules latéraux, et les plexus choroïdes ne présentaient aucune disposition particulière.

En sorte que cette observation démontre non seulement l'existence de la congestion des membranes du cerveau isolé de la congestion cérébrale, mais encore elle fait voir que la congestion des membranes peut être circonscrite.

Voilà donc deux états bien tranchés amenant la mort subite et pouvant exister isolément. Je me hâte de dire qu'ils ne sont pas toujours ainsi séparés; qu'ils peuvent exister ensemble; mais que, dans ce cas même, l'une des congestions prédomine presque toujours sur l'autre.

Que la mort arrive par la congestion des méninges ou par

celle de l'encéphale, le cerveau est toujours le premier organe où les fonctions sont suspendues, et, par conséquent, il entraîne une asphyxie pulmonaire secondaire; de là, l'état d'engorgement plus ou moins notable des poumons, mais toujours fort inférieur à celui que l'on observe dans la mort par congestion pulmonaire.

Les cavités droites du cœur renferment plus de sang que les cavités gauches; mais celles-ci en contiennent, et il en existe aussi une certaine proportion dans les principaux troncs artériels.

Mort par syncope. — État anatomique.

Le cerveau et ses membranes ne présentent rien de remarquable, il en est de même des poumons; mais on trouve les cavités droites et les cavités gauches du cœur remplies de sang; ce fluide y existe dans un état tout particulier et qui mérite de fixer l'attention.

Dans la mort subite, la fluidité du sang est presque généralement observée, et cette fluidité est un phénomène qui est commun à toute mort rapide, quels que soient du reste la cause et le genre de la mort; dans l'asphyxie par submersion, le sang est presque aussi liquide que de l'eau, c'est là le maximum de sa fluidité. Dans les diverses morts rapides, il peut être plus épais; mais, en général, on ne trouve pas de caillot dans les cavités du cœur, ou, si l'on y rencontre un coagulum, il est extrêmement petit eu égard à la quantité de sang qui remplit ces cavités, et il n'est jamais dépourvu de matière colorante.

Or, dans les trois cas de mort par syncope que j'ai eu l'occasion d'observer, il s'est écoulé à l'ouverture du ventricule droit, d'abord de la sérosité pure; puis de la sérosité sanguinolente; et il est resté dans le ventricule un caillot de fibrine décoloré plus ou moins fort, ainsi que cela s'observe fréquemment à l'ouverture du corps des personnes qui succombent à la suite des maladies, c'est-à-dire par une mort généralement lente.

Ainsi, ce qui est d'une observation fréquente dans les hôpi-

taux, est une condition fort rare de l'observation des morts subites.

Cet état d'isolement de la fibrine du sang dans la mort par syncope constituerait-il un caractère de ce genre de mort? Je n'ai pas, devers moi, assez de faits pour émettre, avec quelque certitude, cette opinion, mais cette coïncidence dans les trois cas que j'ai observés mérite cependant de fixer l'attention à cet égard.

Ainsi, ce qui caractérise ce genre de mort, c'est, 1° l'absence de toute congestion d'organe; 2° l'état normal de tous les organes; 3° l'existence du sang à quantité à peu près égale dans les cavités droites et gauches du cœur, eu égard à leur dimension; 4° peut-être la coagulation du sang à l'état fibrineux.

De la fréquence des morts subites pendant les diverses époques de l'année.

Sur les 40 faits que j'ai cités, on n'en trouve pas un accompli pendant les mois de juin et d'août. J'en compte 1 dans chacun des mois d'avril, de septembre et d'octobre, 2 dans le mois de novembre, 3 dans le mois de mai, 4 dans les mois de juillet et de décembre, 5 en janvier, 8 en février, et 11 en mars.

Juin.	0
Août.	0
Avril.	1
Septembre.	1
Octobre.	1
Novembre.	2
Mai.	3
Juillet.	4
Décembre.	4
Janvier.	5
Février.	8
Mars.	11
	40

D'où il résulte que c'est en hiver, et surtout pendant les mois de janvier, février et mars, où la température est à Paris le plus rigoureuse, que les morts subites sont le plus communes;

Que le printemps n'exerce *pas autant d'influence qu'on le pense* sur les morts subites, et que le froid est une cause beaucoup plus puissante sous le rapport de leur production; ce qui, du reste, est tout-à-fait d'accord avec le genre de mort le plus commun que nous avons signalé plus haut, la congestion pulmonaire.

Toutefois on pourrait peut-être considérer l'influence du printemps comme devant principalement s'exercer sur le cerveau, et celle de l'hiver sur les poumons.

Les faits vont démontrer que cette assertion n'est pas plus fondée. Sur 9 cas de mort par le cerveau, on en compte 5 en mars, 2 en juillet, 1 en octobre et 1 en décembre.

Que si l'on envisage de la même manière les autres genres de mort, on verra que la congestion pulmonaire se développe à presque toutes les époques de l'année, quoiqu'elle soit plus fréquente en janvier, en février et en novembre; ainsi, je compte 3 cas de congestion pulmonaire en janvier, 2 en février, 2 en novembre, et 1 pour chacun des mois de mars, de décembre, d'avril, de mai, de juillet.

Quant à la congestion pulmonaire et cérébrale, elle paraît devoir être principalement rapportée à la période de l'hiver. Ainsi, j'en ai observé 4 en mars, 3 en décembre, 2 en février, et 1 seulement dans les mois de janvier, mai et septembre.

Les deux cas d'hématémèse se sont montrés l'un en février, l'autre en juillet, on n'en peut donc tirer aucune induction.

Il est remarquable que les trois exemples de mort par syncope se sont montrés, un en janvier et deux en février.

Des causes déterminantes des morts subites.

Il nous est impossible de donner des documents précis sous ce rapport; car, outre qu'un sixième des individus restent inconnus à la Morgue, alors même que leur identité est constatée, on n'obtient que des renseignements fort vagues sur les causes qui ont pu déterminer une mort aussi rapide.

Néanmoins, nous avons acquis la certitude que, dans 14 cas sur 40, l'ivresse a été la cause déterminante de la mort, circonstance qui rend si considérable le chiffre des congestions pulmonaires et cérébrales, auxquelles succombent presque constamment les individus dont l'ivresse a été portée au maximum d'intensité. Les efforts d'avortement, le froid, l'acte du coït, ont été la cause de la mort dans trois cas; 2 individus sur 40 étaient atteints d'hypertrophie avec dilatation du cœur; un autre était idiot, mais très sobre.

Morts subites envisagées sous le rapport de l'âge.

L'âge n'a pu être constaté que sur 35 des individus soumis à notre examen. Il en résulte les rapports suivants :

De 20 à 30 ans.	2 cas.
De 30 à 40	7
De 40 à 50	10
De 50 à 60	6
De 60 à 70	8
De 70 à 80	2

D'où nous tirons cette conséquence, que c'est de 40 à 50 ans, et de 60 à 70 ans, que les morts subites seraient plus communes. Nous n'en avons pas observé avant l'âge de 20 ans, ni après 77 ans.

Morts subites sous le rapport du sexe.

Il existe une différence énorme dans la fréquence des morts subites envisagées sous le rapport du sexe. Sur les 44 cas soumis à notre observation, 5 seulement ont été observés chez des femmes. Cette différence ne saurait être expliquée par l'intempérance beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme; certes, elle doit y concourir, mais il y a tout lieu de croire que l'organisation de l'homme, et notamment l'ampliation de la poitrine, ses habitudes, sa contention habituelle d'esprit, les exercices violents auxquels il se livre, les variations de température qu'il supporte en passant brusquement du chaud au froid, *et vice versâ*, son exposition aux intempéries des saisons, jouent un rôle puissant dans la fréquence des morts subites qui l'affectent de préférence.

Quant aux professions, je ne saurais présenter, à cet égard, aucun document statistique satisfaisant. Le chiffre sur lequel portent mes observations est trop peu considérable pour me permettre quelques rapprochements. La plupart des personnes que j'ai examinées appartenaient à la classe ouvrière.

Je me hâte de dire que cet aperçu statistique est loin de reposer sur des bases assez larges; il faudrait un chiffre bien plus considérable pour offrir des documents complets sur les divers points de vue sous lesquels les morts subites peuvent être étudiées.

De l'ensemble de ces faits je déduis les corollaires suivants :

1° La mort subite le plus communément observée, est la mort par congestion pulmonaire ou par congestion pulmonaire et cérébrale à la fois.

2° La mort par le cerveau n'a lieu qu'une fois sur quatre, et l'apoplexie avec foyer circonscrit, une fois sur quarante.

3° La mort subite reconnaît presque toujours pour cause directe une congestion de la totalité de l'un, ou de deux des trois organes principaux de la vie.

4° Elle est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme.

5° Elle affecte principalement les personnes de 40 à 50 ans ou de 60 à 70 ans.

6° Elle survient surtout en hiver, et constamment pendant les mois de janvier, de février et de mars.

7° L'intempérance est l'une de ses causes les plus communes.

8° Le seul traitement rationnel à opposer à la mort, qui n'est pas tellement subite qu'elle ne mette depuis quelques minutes jusqu'à un quart d'heure à s'opérer, a pour base deux indications générales à remplir : la première consiste à dégorger par une émission sanguine l'organe congestionné, si toutefois l'état du pouls le permet; la seconde à opérer une révulsion puissante sur les extrémités.

9° Quand un médecin est appelé par un magistrat à préciser le genre de mort d'un individu décédé sur la voie publique, il

est impossible qu'il résolve cette question sans procéder à l'ouverture du corps.

10° Les statistiques des morts subites ne pourront fournir de documents certains qu'autant qu'elles reposeront sur la connaissance du genre de mort, acquise au moyen de l'autopsie.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus de ma propre observation. Je vais actuellement exposer les faits qui ont été produits soit par les observateurs anciens, soit par les observateurs modernes. Jusque dans ces anciens temps, les pathologistes se sont peu occupés des morts subites ; ils n'ont pas été à même de les observer chez l'homme sain : aussi ont-ils commis des erreurs. Il faut dire qu'en général les altérations sont moins marquées chez une personne déjà en butte à une longue maladie, parce que chez elle il suffit d'une cause légère pour amener l'extinction de la vie. Ce n'est pas qu'on ne rencontre cités des exemples de morts subites, dans un grand nombre de traités sur la médecine ; mais les explications données à leur égard sont le plus souvent peu fondées ; la recherche des altérations morbides ayant été mal dirigée, on a interprété les faits autrement qu'ils ne devaient l'être. MM. Andral, Louis, Ollivier d'Angers, et particulièrement M. Lebert (*Archives de médecine,* t. I[er], 3[e] série, pag. 889) se sont récemment occupés de ce sujet. Ce dernier nous paraît avoir envisagé sous un point de vue plus vrai les morts subites chez l'homme malade ; aussi allons-nous faire connaître sommairement ses idées.

A la tête des causes de morts subites se trouveraient placées celles qui ont leur siége dans les poumons, qu'il divise en : 1° *congestion avec exhalation sanguine à la surface interne des ramifications bronchiques sans engouement notable des poumons.* C'est l'hémoptysie, qui peut affecter des personnes bien portantes, mais qui se rencontre plus particulièrement chez les phthisiques, et qui coïncide souvent avec une augmentation dans le volume du cœur.—2° *Engorgement sanguin des poumons pouvant se présenter sous deux formes différentes, la congestion de tissu sans splénisation, et la congestion avec splénisation, ou analogie du tissu pulmonaire avec celui de la rate.* La congestion peut s'opérer d'une manière brusque ou d'une ma-

nière lente; dans le second cas elle affecte principalement les vieillards, et notamment ceux qui sont atteints de maladies chroniques des voies aériennes avec symptômes adynamiques, aussi trouve-t-on à l'ouverture du corps des traces de congestion aiguë entée sur un engorgement chronique; elle survient sans trouble très notable des fonctions, et la respiration ne paraît gênée que dans les derniers instants de la vie. — 3° *Apoplexie pulmonaire ou congestion sanguine brusque avec déchirure du tissu de cet organe et infiltration sanguine dans son épaisseur*. C'est cette altération qui a été si fidèlement reproduite par M. Cruveilhier dans ses planches d'anatomie pathologique.—4° *Congestion inflammatoire des poumons*. Ici la mort paraît surprendre l'individu en bonne santé; elle arrive subitement, et cependant à l'ouverture du corps on trouve le tissu pulmonaire en pleine suppuration dans une étendue plus ou moins considérable. C'est un genre de mort très commun dans la vieillesse; MM. Hourmann et Dechambre l'ont signalé dans leur quatrième mémoire sur les maladies des organes de la respiration chez les vieillards. (*Archives gén. de méd.* 2e sér., t. XII, sept. 1836.) — 5° *OEdème ou congestion séreuse des poumons*. Entrevue par Laënnec, et parfaitement décrite par M. Andral, cette affection se montre fréquemment à la fin des maladies éruptives, et particulièrement de la rougeole.—6° *Emphysème spontané des poumons*. Les expériences de M. Leroy d'Etiolles ont appelé l'attention sur la facilité avec laquelle il pouvait se développer. Plus tard MM. Piedagnel (*Recherches d'anat. et de phys. sur l'emphys. du poumon*, 1829); Ollivier d'Angers (*Archiv. génér. de méd.*, mars 1833); Pillore (*Thèse inaug.*, Paris 1834, n° 23), Andral (art. *Emphys.* du *Traité de l'auscultation*, 4e édit.), en ont successivement rapporté des exemples. —7° *Affections nerveuses des poumons*, genre de mort signalé par MM. Guersent (*Dict. de méd.*, 2e édit., t. IV, p. 285); et Blache (même ouvrage); Jolly (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 607); Andral (*Clinique médic.*, t. III, p. 255); Ferrus (*Dict. de méd.*, t. IV, p. 267); il survient principalement dans les cas d'asthme, de coqueluche, d'accès de suffocation chez les enfants rachitiques.

A cette énumération faite par M. Lebert, nous ajouterons les exemples suivants, puisés dans divers auteurs Trois cas de rupture du diaphragme, rapportés par Rudaëus, Lieutaud, Saint-André; deux exemples de rupture de l'œsophage, par MM. Guersent et Serres; cinq de rupture de l'aorte (Bosc, Morgagni, Corvisart); un de rupture d'une des veines pulmonaires à son entrée au cœur (Portal); un de rupture de la veine azygos (Morgagni); vingt et un exemples de rupture de l'une des parties du cœur (Morgagni, Morand, Chaussier, Christ-Vater, Portal, Corvisart, Murat, Johnson, Rostan, Dézeimeris et Blaude); cinq cas de syncope (Morgagni); cinq de congestion ou apoplexie pulmonaire (Corvisart, Bayle, Cruveilhier, Dubourg, Hourmann); un d'introduction dans les voies aériennes d'un polype détaché du pharynx (Leseur); un d'introduction dans la trachée d'aliments pendant les efforts de vomissement (Laënnec); six exemples de ramollissement ou suppuration du cerveau (Bonet, Valsalva, Lallemand); fongus de la dure-mère (Louis, Wenzel, Siebols, Graaf, Ebermaier, Cruvelhier); plusieurs cas de balles ayant pénétré à une profondeur plus ou moins grande dans la substance du cerveau et s'y étant entouré d'un foyer de suppuration; de nombreux cas de productions organiques développés dans la substance du cerveau, tels que tubercules, tumeurs nombreuses ressemblant à des cristallins, tumeurs cartilagineuses, etc. (Lapeyronie, Lallemand, Cruveilhier, Chomel, Rochoux, etc.); de nombreux exemples de foyers apoplectiques ou d'épanchements sanguins à la suite de ruptures de vaisseaux; enfin, cinq exemples de gaz développés en plus ou moins grande quantité, soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux. On voit par cette énumération, qui est loin d'être complète, combien les causes de morts subites sont fréquentes chez les individus malades, aussi bien que chez les individus sains.

M. Ollivier, d'Angers, a publié dans les *Archives générales de méd.*, t. I, 3e série, 1838, un mémoire sur quelques causes de mort subite. Il a observé plusieurs cas autres que ceux que nous avons signalés, et nous les faisons connaître ici afin de compléter le tableau des morts subites chez l'homme sain. Il

signale 1° un cas d'hémorrhagie cérébrale dont le siége était dans la partie antérieure du lobe droit du cerveau; 2° un exemple d'apoplexie de la moelle allongée ayant entraîné subitement la mort : l'épanchement avait déchiré presque complétement la moelle allongée ; 3° une méningite purulente observée chez uu maçon qui, obligé de quitter son travail à neuf heures du matin par suite de la faiblesse où il se trouvait, ne rentra à la chambre commune qu'à huit heures du soir, et fut trouvé mort dans son lit à dix heures par ses camarades; 4° trois exemples de mort subite survenue par l'emphysème pulmonaire interlobulaire. Cinq autres exemples avaient déjà été rapportés par MM. Piedagnel et Pillore. M. Ollivier rappelle ensuite que les ruptures spontanées du cœur et celles des gros vaisseaux sont des causes fréquentes de mort subite, ainsi qu'il l'a démontré en rapprochant dans le *Dict. de Méd.*, t. VIII, p. 343, à l'art. COEUR, quarante-neuf cas de rupture. Enfin, il termine son mémoire par l'examen d'une cause de mort encore peu observée, celle qui consiste dans le développement d'une quantité plus ou moins grande de gaz dans les organes de la circulation. Nous nous empressons de reproduire en son entier ce point d'observation encore contestée.

« Morgagni (*De sedibus et causis morborum*, épître V, § 18, 19, 24) a rapporté un cas de mort subite qu'il a attribuée à l'interruption du mouvement du sang par le fluide aériforme que contenait ce liquide, cause particulière dont les effets avaient été déjà bien appréciés pas Hippocrate. (*De Flatibus*, n. 19 et 24. Morgagni, *loc. cit.*) Mais l'opinion de Morgagni est-elle suffisamment fondée dans l'exemple qu'il cite? Le météorisme du ventre, et l'odeur gangréneuse excessivement fétide qui s'exhala de cette cavité lorsqu'on ouvrit le cadavre, ainsi qu'il le dit, n'indiquent-ils pas un état de putréfaction déjà avancée, et dès lors ne peut-on pas penser que les gaz mêlés au sang, et qui remplissaient spécialement les veines, résultaient de cette décomposition putride? La quantité considérable de sérosité sanguinolente qu'il y avait dans le péritoine chez ce même sujet ne confirme-t-elle pas cette opinion? »

« Morgagni relate ensuite succinctement, et à l'occasion de

son observation, trois faits rapportés par Pechlin, H. Grœtz et Ruysch (§ 20), comme exemples de mort subite causée par le dégagement d'un fluide gazeux dans le sang. En traitant ailleurs (*Dictionnaire de médecine, ou répertoire général des sciences médicales*, t. II, art. Air, p. 65.) *des effets de l'air atmosphérique sur l'organisme*, j'ai parlé de deux cas qui ont de l'analogie avec ces derniers, et que je vais rappeler ici. »

« Un enfant était atteint depuis plusieurs jours de la rougeole, et tout annonçait un rétablissement prochain, quand il éprouva tout-à-coup, sans aucun symptôme précurseur, un sentiment de défaillance extraordinaire ; il s'écrie qu'il meurt, et en effet, il expire à l'instant même. A l'autopsie, on trouva le cœur et les vaisseaux qui y aboutissent distendus par un fluide gazeux ; les parois de l'organe étaient emphysémateuses, et ses cavités vides de sang. Quelques heures après la mort, l'emphysème s'était étendu particulièrement dans le tissu cellulaire sous-cutané du tronc. Du reste, aucune altération d'organe ; il n'existait pas le moindre signe de putréfaction. »

« J'ai observé exactement les mêmes phénomènes sur le cadavre d'un homme robuste qui mourut subitement peu d'instants après s'être couché en parfaite santé. L'emphysème général ne se développa, chez ce dernier, que douze heures après la mort. Il n'y avait non plus aucun commencement de décomposition putride. L'infiltration gazeuse qui survint dans ces deux cas est un phénomène assez rare ; serait-elle une conséquence de la présence d'un fluide gazeux dans le sang ? »

« L'instantanéité de la mort et les phénomènes qui l'accompagnent rappellent ici ce qu'on observe chez les animaux qu'on tue en leur injectant de l'air dans les veines ; aussi Morgagni a-t-il rapproché les exemples de mort subite qu'il cite, des expériences de ce genre faites sur les animaux vivants. (*Loc. cit.* § 21.) A part le fait que rapporte Pechlin, et qui diffère de ces expériences quant à la rapidité de la mort et aux symptômes particuliers qui la précédèrent, ceux qui ont été observés par H. Grœtz et Ruysch présentent, en effet, une analogie remarquable avec les résultats fournis par la physiologie expérimentale, et avec les cas, déjà assez nombreux, où l'air atmosphéri-

que a pénétré accidentellement dans les veines chez l'homme vivant, et en quantité suffisante pour causer la mort, laquelle est alors survenue tout-à-coup, précédée ou non d'expressions de douleur déchirante, d'un état passager de syncope, et quelquefois d'un tremblement convulsif du tronc et des membres qui dure quelques instants. (Si la discussion soulevée sur cette question dans le sein de l'Académie royale de médecine prouve que les effets de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines des animaux, ne sont pas tels qu'on l'avait cru jusqu'ici, et qu'ils diffèrent notablement de ceux qu'on a attribués à cette cause chez l'homme, il résulte toujours des faits nombreux et importants que cette discussion a fait connaître, qu'il est certain que la présence accidentelle d'un fluide aériforme dans le sang, et son accumulation dans le cœur droit, entraîne subitement la mort. Ceux mêmes qui se sont plus particulièrement élevés contre cette explication de la mort chez l'homme, dans les cas où elle a été donnée comme étant la véritable interprétation des phénomènes observés, ceux-là, dis-je, ne la nient pas d'une manière absolue, seulement ils émettent des doutes, fondés sur la différence des effets particuliers qui ont alors accompagné cet accident. Mais quelle valeur peut avoir une semblable objection, quand chacun sait combien l'économie animale présente de nuances diverses dans les détails du même phénomène organique chez différents individus?) »

« Mais, dira-t-on, ce fluide gazeux qu'on retrouve ainsi dans le sang après la mort, n'est-il pas simplement un effet de la putréfaction de ce liquide? A quels caractères peut-on reconnaître que ce phénomène n'est pas purement cadavérique, et qu'il est la cause de la mort? La réunion des circonstances suivantes peut, à mon avis, autoriser à regarder la mort comme étant due à cette cause :

» 1° Quand, chez l'individu qui a succombé tout-à-coup, inopinément, un état de syncope avec décoloration de la face, ou un tremblement convulsif général, de quelques secondes de durée, précèdent, ou, pour mieux dire, accompagnent cette brusque cessation de la vie. Quelques paroles exprimant une douleur violente ont été proférées quelquefois au moment de

la mort. (La distension des cavités droites du cœur par le gaz qui s'y accumule causerait-elle une sensation déchirante?)

» 2° Lorsqu'on trouve alors les cavités droites du cœur distendues par un gaz, ou du sang écumeux et rouge, de telle sorte que la percussion des parois de l'oreillette et du ventricule donne une résonnance analogue à celle qu'on perçoit en frappant sur l'estomac, ou sur tout autre organe creux gonflé par l'air. Le mélange du fluide aériforme avec le sang est une présomption de plus pour faire admettre que ce phénomène a eu lieu pendant la vie (ainsi qu'on le voit dans les expériences sur les animaux vivants); toutefois, l'oreillette et le ventricule droits ne contiendraient qu'un fluide gazeux sans présence de sang écumeux, que cette particularité ne suffirait pas pour faire considérer le phénomène dont il s'agit comme un effet cadavérique; car, dans plusieurs des cas où la mort a été causée, chez l'homme, par la pénétration accidentelle de l'air dans les veines (voyez l'article que j'ai déjà cité, et dans lequel j'ai traité cette question, *Diction. de méd.*, t. II, pag. 69 et suivantes), on a trouvé le cœur droit vide de sang, et ses cavités distendues par l'air sans mélange de ce liquide. (Observations de Dupuytren, Castara et Delpech.)

» 3° Enfin, quand il n'existe encore aucun commencement de putréfaction au moment de l'ouverture du cadavre, lorsqu'il n'y a aucun signe de décomposition putride qui puisse être la source du gaz qu'on retrouve accumulé dans les cavités droites du cœur. — J'hésite presque à ajouter que l'on doit bien penser que dans ces cas de mort subite un examen attentif de tous les organes n'y a fait découvrir en même temps aucune altération appréciable. Le fait suivant va fournir un exemple bien remarquable de ce genre de mort : sa singularité justifiera les détails particuliers dans lesquels je vais entrer en le rapportant. »

Obs. III. — *Mort subite sans aucuns phénomènes précurseurs. — Fluide gazeux distendant le cœur droit.* S. H..., jeune et jolie personne de vingt-deux ans, d'un caractère gai, d'une imagination très vive, demeurant à L..., avait depuis long-temps des relations intimes avec M..., lorsque ce jeune homme vint à Paris pour y continuer ses études; elle ne tarda pas à l'y suivre, et y arriva dans le mois d'octobre 1836. Pendant quelque temps toutes ses journées ne furent qu'une

suite de plaisirs et de distractions sans cesse renouvelées. Mais, à la suite de cette vie agitée, si différente de celle à laquelle elle avait été habituée jusque-là, S. H... tomba malade dans les premiers jours de décembre. A la fièvre et au malaise général qu'elle éprouvait se joignit du délire. M..., qui n'avait cessé de lui prodiguer des soins empressés, fut effrayé de ce symptôme, et craignant des accidents plus graves, il fit transporter la malade à l'Hôtel-Dieu. Huit jours étaient à peine écoulés, que S. H... put revenir habiter chez M..., n'accusant rien autre chose que de la faiblesse. Je n'ai pu me procurer des renseignements plus précis sur la maladie de cette jeune personne.

Son rétablissement faisait chaque jour des progrès; elle recommençait à s'occuper des détails du ménage, ne se plaignant que du retour trop lent de ses forces. Le 21 décembre, elle passa la soirée à écrire une longue lettre à sa sœur, et lorsque M..., en rentrant, lui manifesta son étonnement de la trouver encore levée, elle lui répondit qu'elle se sentait beaucoup mieux, et qu'elle en avait profité pour donner de ses nouvelles à sa famille. Depuis que la saison des bals masqués était revenue, S. H... avait plusieurs fois manifesté le désir d'aller à quelques unes de ces réunions qu'elle ne connaissait pas, et M... la voyant aussi bien lui proposa de l'y conduire le surlendemain; elle accepta avec joie, et un loueur de costumes vint dans la matinée du 22 décembre lui montrer plusieurs espèces de déguisements. Elle en choisit un, et jusqu'au moment où M... la quitta pour retourner à son étude, elle ne cessa de l'entretenir du plaisir qu'elle se promettait d'avoir avec lui pendant le carnaval.

De retour chez lui à cinq heures du soir, M... fut surpris de trouver S. H.. couchée; celle-ci lui dit qu'elle s'était mise au lit peu de temps après son départ, parce qu'elle avait ressenti plus de fatigue que de coutume, et elle le pria d'approcher la table de son lit pour qu'elle pût manger sans se lever. M..., qui ne pouvait penser que S. H... était aussi faible qu'elle le disait, et qui se rappelait comme elle était gaie et surtout bien portante le matin même, lui répondit en plaisantant : « Votre » faiblesse est un peu de paresse; allons, mademoiselle, habillez-vous » et venez dîner à table. » Tout en parlant ainsi, M... était occupé à rallumer le feu, près duquel le dîner était servi. N'entendant pas S. H. se lever, il se retourne, la voit à genoux sur le lit, la tête penchée sur la poitrine, ayant son jupon déjà passé autour de sa taille. Comme elle ne faisait aucun mouvement, M... va pour lui aider à descendre du lit; et, au moment où il allait lui prendre la main, elle relève brusquement la tête, et le regardant avec une expression de douleur et d'effroi, et en étendant brusquement les deux bras : « Je meurs, vois-tu ! » dit-elle d'un son de voix déchirant, et sa tête retomba sur l'épaule de M...: elle était morte.

Épouvanté d'un tel événement, et ne pouvant y croire, ce jeune homme s'empresse d'appeler du secours. On arrive à ses cris; mais il ne s'était pas trompé, S. H... n'existait plus. Tous les détails de cette mort étrange furent transmis sans retard à l'autorité. M. le procureur du roi ordonna l'ouverture du cadavre, et le lendemain, 24 décembre, à huit heures du matin, je procédai à cette opération avec M. le docteur West.

Le corps était resté étendu sur le lit, simplement recouvert d'un drap. La chambre, assez mal close, était éclairée par deux fenêtres exposées au nord-ouest. L'une d'elles ne pouvait être fermée complétement : il n'avait pas été fait de feu dans cette pièce depuis le décès de

S. H..., et depuis plusieurs jours le thermomètre variait entre 3° et 4° au-dessous de zéro. Voici le résumé de notre rapport.

Pâleur générale du cadavre, nul amaigrissement, rigidité du tronc et des membres, aucun signe de putréfaction commençante; le ventre est affaissé, non météorisé; aucune trace de violences extérieures; l'expression de la figure est calme; S. H... paraît endormie. Aucun liquide ne s'est écoulé de la bouche ou du nez.

Le cerveau et ses membranes ne présentent aucune trace d'altération : ses vaisseaux ne contiennent que peu de sang, et qui est mêlé de bulles gazeuses. Ce liquide ne nous offrit rien de particulier sous le rapport de sa couleur, de sa liquidité et de ses autres caractères physiques. La substance cérébrale est assez ferme, sans injection notable; il en est de même du cervelet et de la moelle allongée. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules cérébraux.

Tous les organes du ventre dans l'état sain. L'estomac et les intestins contiennent peu de gaz. L'utérus et ses dépendances dans l'état normal.

Les poumons, parfaitement sains, n'offrent qu'un peu d'infiltration séro-sanguinolente dans leur partie postérieure, résultat évident de la congestion mécanique qui a suivi la mort. Les plèvres ne renferment qu'une petite quantité de sérosité rougeâtre. Les cavités droites du cœur sont très distendues, comme insufflées, de telle sorte qu'en les frappant avec le manche du scalpel, elles résonnent comme tous les organes creux gonflés d'air. Rien de semblable dans les cavités gauches, qui ne contiennent pas de sang. Les parois de l'oreillette et du ventricule droits furent à peine incisées qu'elles s'affaissèrent, et nous vîmes que ces cavités ne contenaient qu'une grande quantité d'écume sanguinolente à grosses bulles, plus rouge que le sang qui s'était écoulé des vaisseaux déjà ouverts. En détachant le cœur, dont le tissu n'était aucunement emphysémateux, il s'écoula des veines pulmonaires un sang noir, liquide, non spumeux, ne présentant, comme celui des vaisseaux cérébraux, aucune altération appréciable dans ses diverses qualités physiques. L'artère pulmonaire contenait une assez grande quantité de sang écumeux.

« Les circonstances particulières de ce cas si remarquable de mort subite, son analogie avec ce qu'on a observé chez quelques uns des individus qui ont péri tout-à-coup par l'effet de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines, la présence d'un fluide gazeux accumulé dans les cavités droites du cœur, et en distendant les parois, me firent penser que la mort de S. H. était le résultat de ce développement spontané d'un gaz dans le sang; et telles furent nos conclusions dans l'enquête judiciaire dont nous nous étions chargés. »

« L'absence de tout signe de putréfaction, l'état de conservation parfaite du cadavre, due à son exposition dans une chambre mal close, froide, et avec une température extérieure de 3 ou 4 degrés au dessous de zéro, étaient autant de conditions qui concouraient à prouver que la présence de ce fluide gazeux dans

le cœur ne provenait pas d'une décomposition putride du sang. Mais ce liquide n'avait-il pas subi quelque altération particulière pendant la maladie dont S. H. avait été atteinte, et dont elle n'était pas encore tout-à-fait guérie quand la mort est venue la frapper? Le fait est possible. Toutefois, je ferai remarquer que l'état d'embonpoint dans lequel était cette jeune fille au moment de sa mort n'indique pas que sa maladie ait été de nature à altérer profondément sa constitution ; et le sang qui s'écoula de tous les organes n'offrait aucune de ces altérations qu'on y observe quelquefois à la suite des fièvres typhoïdes, et de certains états morbides mal déterminés. »

« Quelle était la nature du fluide gazeux qui distendait ainsi le cœur droit? S'il ne résultait pas d'une décomposition spontanée du sang, de la putréfaction de ce liquide, quelle était donc l'origine de ce gaz? Méry (*Mém. de l'Acad. R. des Sc.*, an 1707; Morgagni, *loc. cit.* § 26.) pensait, d'après des expériences faites sur des animaux vivants, que l'air atmosphérique pouvait passer en nature des ramifications bronchiques dans les veines pulmonaires, et de là dans les artères, sans se mêler intimement au sang. Littre (*Hist. de l'Acad. R. des Sc.*, an 1714, et *Mém.* de la même année; Morgagni, *loc cit*, § 25) a admis que l'air reste combiné avec toutes les humeurs du corps vivant, tant que celles-ci conservent leur mouvement naturel et leur liquidité, mais qu'il s'en sépare aussitôt que la mort détermine leur stagnation. Il expliquait ainsi la présence d'un fluide aériforme dans les veines des individus qui meurent d'hémorrhagie. Toutefois, Littre croyait que ce phénomène pouvait être dû aussi à la cause signalée par Méry; et Morgagni (même lettre, § 27), cite des expériences qu'il a faites, et qui lui font adopter également cette dernière opinion. »

«Bichat (*Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, 2e édit., p. 286, en note) n'élève aucun doute sur la réalité de ce phénomène, et il émet sur sa cause la même opinion que Méry, Littre et Morgagni : « Le passage de l'air dans les vaisseaux « sanguins, dit-il, arrive quelquefois chez l'homme sans que « l'infiltration de l'organe cellulaire ait lieu : alors la mort est « subite. » Il ajoute qu'il a ouvert le cadavre d'un individu qui

périt tout-à-coup dans une affection convulsive des muscles pectoraux, et chez lequel il trouva dans les artères et les veines, spécialement dans celles du cou et de la tête, un sang écumeux mêlé de beaucoup de bulles d'air. On sait que Bichat attribuait alors la mort à l'action de l'air sur le cerveau, opinion déjà émise par Morgagni (*loc. cit.*, § 24). »

« Avec cette explication, on admet naturellement que le fluide gazeux mêlé au sang est de l'air atmosphérique. Maïs, dans aucun cas de ce genre, on ne s'en est encore assuré, du moins que je sache, par l'analyse chimique. M. Rérolle a étudié récemment ce point de physiologie pathologique. (*Dissertation sur un nouveau genre de pneumatose qui se développe à la suite des hémorrhagies abondantes.* Thèses de Paris, 1832. In-4°, n° 129.) Quelques expériences le conduisent à penser aussi que la présence du gaz qu'on trouve dans les vaisseaux, à la suite d'hémorrhagies abondantes, résulte de l'absorption pulmonaire, et non pas de la pénétration de l'air par les vaisseaux ouverts, et il admet implicitement que le fluide gazeux qui remplit les vaisseaux est de l'air atmosphérique; mais il n'a fait aucune expérience qui le prouve directement. »

« Les recherches importantes de M. G. Magnus (*Mémoires sur les gaz contenus dans le sang, et sur la théorie de la respiration.* Annalen der phys. und chim. — Journ. de Chim. méd., n° de novembre 1837, p. 537 et suiv.), qui démontre que l'acide carbonique ne se développe pas dans les poumons, mais qu'il existe tout formé dans le sang veineux, et en proportion considérable. (Sa quantité équivaut à un cinquième du volume du sang employé.) Ces recherches, dis-je, donneraient-elles la solution de la question que j'examine? Malgré sa combinaison intime avec le sang veineux, l'acide carbonique pourrait-il s'en séparer dans certains cas pathologiques, ainsi que l'oxigène et l'azote qu'on y trouve aussi dans l'état normal? Ce fluide gazeux ne serait-il pas plutôt le résultat d'une décomposition spontanée du sang, fait que les observations de M. Bonnet de Lyon (*Mémoires sur la composition et l'absorption du pus.* Gaz. méd., n. 38, p. 601, ann. 1837) autoriseraient à admettre, si, comme il l'a annoncé, le sang des individus affectés de mala-

dies dites putrides renferme pendant la vie de l'hydrosulfate d'ammoniaque, dont Vauquelin avait déjà reconnu la présence, mais dans le sang qui s'est putréfié après son extraction par la saignée. (*Annales de chimie et de physique*, t. XVI, p. 363. — Lecanu, *Etudes chimiques sur le sang humain.* Dissert. inaug. Paris, 1837, in-4.) »

« Enfin, quelle que soit la cause qui donne lieu au dégagement d'un fluide gazeux dans le sang pendant la vie, et quelle que soit la nature de ce gaz, il n'est pas douteux, d'après la rapidité de la mort, qu'il tue de la même manière que l'air qui pénètre accidentellement par l'ouverture d'un tronc veineux voisin du cœur. »

« Ce point de physiologie pathologique a été interprété diversement depuis Nysten (*Recherches de physiologie et de chimie pathologique*, etc. Paris, 1811, in-8°) dont l'explication est la même, quant au fond, que celle de Morgagni, et que M. Magendie a également adoptée (*Sur l'entrée accidentelle de l'air dans les veines, sur la mort subite qui en est l'effet*, etc. Journal de physiologie expér.; année 1821, tome I, page 190): ces auteurs s'accordent à considérer la mort comme l'effet de la brusque cessation de la circulation, par suite de l'accumulation de l'air et de sa raréfaction dans les cavités du cœur qu'il distend, et au resserrement desquelles il s'oppose. M. Leroy d'Etiolles (*Note sur les effets de l'introduction de l'air dans les veines.* Archives gén. de Méd.; ann. 1823, t. III, page 410) pense que l'air peut alors produire la mort de trois manières: par son influence sur le cerveau, en affectant sa sensibilité (comme le pensait Bichat), ou en agissant sur cet organe mécaniquement, par son influence sur le poumon, en déterminant un emphysème subit dans cet organe; par son influence sur le cœur, en le privant de sang artériel. Suivant M. Piédagnel (Mém. cité), la mort résulte uniquement, dans cette circonstance, de l'emphysème pulmonaire. M. Mercier (*Observations sur l'introduction de l'air dans les veines, et sur la manière dont il produit la mort.* Gazette Méd., ann. 1837, n° 31, page 481), qui a rapporté un nouvel exemple de mort subite chez l'homme, due à la pénétration accidentelle de l'air dans

les veines, pense, contrairement à l'opinion de Nysten et de M. Magendie, que l'air, en raison de sa compressibilité, cède aux efforts de contraction des cavités droites, et se laisse comprimer; mais que, lorsque ces mêmes cavités viennent à se dilater, l'air, reprenant son volume primitif, les remplit, et empêche l'abord du sang. De là la stase du sang veineux et l'interruption de la circulation artérielle, qui sont la cause de la mort. »

« Le défaut d'hématose, déjà indiqué par M. Leroy d'Etiolles, et sur lequel M. Poiseuille insiste aussi, est un phénomène qui me paraît être tout-à-fait étranger, comme influence, à l'instantanéité de la mort; l'histoire de l'asphyxie me fournirait, s'il en était besoin, de nombreuses preuves à l'appui de cette observation. »

« M. Dénot (*Lettre sur la manière toute physique dont la mort arrive dans les cas d'introduction d'air dans les veines.* Gaz. méd., ann. 1837, n. 46, pag. 726) ne partage pas l'opinion de M. Mercier sur la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'accès du sang dans le cœur droit. Suivant lui, l'incapacité de la valvule auriculo-ventriculaire à contenir l'air, et par suite le reflux de celui-ci du ventricule dans l'oreillette, explique d'une manière satisfaisante comment l'air s'accumule dans les cavités droites du cœur pour en empêcher l'abord au sang veineux. Enfin, d'après M. Poiseuille (*Lettre sur les causes de la mort par suite de l'introduction de l'air dans les veines*. Gaz. méd., ann. 1837, nº 42, p. 671), la mort qui suit immédiatement l'introduction de l'air dans les veines reconnaît pour *seule et unique cause* la cessation plus ou moins complète de la circulation pulmonaire; celle-ci résulte de la pénétration dans l'artère pulmonaire d'un sang mêlé d'air, dont le passage dans les capillaires du poumon nécessitant une pression beaucoup plus considérable que celle qu'exige le sang libre de tout mélange avec l'air, obstrue bientôt la plus grande partie des poumons. »

« De quelque manière qu'on explique ce phénomène, il est évident que la mort qui résulte de la pénétration accidentelle de l'air dans les veines est produite par la brusque interruption de la circulation pulmonaire, et par l'impossibilité du re-

tour du sang dans le cœur droit, dont les cavités sont distendues par l'air plus ou moins raréfié qui y a pénétré. Telle est aussi la conclusion énoncée dans le rapport que M. Bouillaud vient de lire à l'Académie royale de médecine (séance du 28 novembre dernier), sur les expériences faites par M. Amussat pour éclairer cette question. En outre, dans ces expériences, qui sont au nombre de quarante, on a remarqué que la mort par l'introduction de l'air dans les veines a toujours été d'autant plus prompte que les animaux étaient plus affaiblis au moment de l'expérience; observation importante, qui s'applique tout-à-fait aux différents individus qu'on a vus périr subitement par cette cause, et qui peut concourir à expliquer pourquoi la rapidité de la mort a été toujours bien plus grande chez l'homme qu'elle ne l'est souvent chez les animaux. »

« Cette dernière remarque est également applicable en tous points au fait particulier que j'ai rapporté plus haut; il y a lieu de croire que l'état de faiblesse dans lequel était depuis quelque temps la jeune S. H... a pu contribuer à rendre sa mort aussi instantanée. »

Voici maintenant deux exemples d'application à la pratique de la médecine légale des faits nouveaux que nous venons de faire connaître relativement aux morts subites.

Obs. IV. — Une affaire d'assassinat a été soumise aux assises de Versailles le 26 février 1839. Nous en extrayons les principales circonstances de la *Gazette des tribunaux* du 1er mars. *Y avait-il eu strangulation ou apoplexie?* c'était sur ce point que devait porter le débat. — M..., ancien charcutier, avait épousé, dans l'année 1835, et en troisièmes noces, Catherine L.... Une donation mutuelle de tous les biens avait eu lieu entre les deux époux, deux ans après la célébration du mariage; la fortune de la femme était plus considérable que celle du mari. Plus tard, la mésintelligence s'était introduite dans le ménage, et la femme M..., soit chagrin, soit penchant vicieux, avait peu à peu pris le goût des liqueurs spiritueuses, et s'enivrait parfois.

Le 1er décembre dernier, M..., se rend, accompagné du nommé Mon..., chez le docteur Martin, à Étampes, pour le prier de venir immédiatement voir sa femme, qui était gravement malade. Le docteur Mar.. arrive dans la chambre où était couchée la femme, et dans laquelle on n'avait même pas laissé de lumière. Il aperçoit dans le lit, à gauche, la forme d'une personne couchée. « La partie où étaient les jambes se trouvait fortement déprimée; la couverture était dérangée; le drap du lit était collé contre les jambes et en dessinait la forme, de telle sorte que les plis du drap s'imprimaient dans la peau. On ne voyait pas la tête; elle était couverte d'un oreiller; le drap était jeté

sur la face, et se repliait en arrière sous la tête. Le docteur Mar... l'enlève, et est aussitôt frappé de la contraction des traits du visage qui était fort pâle; les cheveux étaient en désordre, et la main de la femme M..., dont les doigts étaient fortement contractés, était relevée et dans l'attitude d'une personne qui cherche à se défendre.

» Le docteur Mar... aperçut de suite au cou un large sillon circulaire qui en faisait tout le tour; cette empreinte avait une forme parfaitement arrêtée, et présentait dans un de ses points une légère ecchymose. Dès lors sa conviction fut établie, et il n'eut plus aucun doute sur la cause de la mort, qu'il regarda comme le fait de la strangulation; il le déclara au mari, qui ne fit aucune réponse. Il remarqua sur le corps des marques de nombreuses contusions; le drap s'appliquait sur la peau des jambes comme s'il avait dû être foulé par un poids considérable, et sur les jambes existaient des ecchymoses récentes qui donnaient l'empreinte des doigts de deux mains qui auraient fortement fixé les jambes de la victime. »

«L'ouverture du corps constate l'existence de mucosités spumeuses dans le larynx; la trachée-artère et les bronches deviennent de plus en plus sanguinolentes au voisinage des poumons; un engorgement sanguin des poumons; un peu d'injection seulement de la substance cérébrale. »

« C'est en présence de ces faits que les médecins appelés par la justice déclarent 1° que la femme M... a cessé de vivre depuis trois ou quatre heures; 2° qu'en raison du défaut d'altérations organiques dans la tête et dans le ventre, la mort doit être attribuée aux lésions observées dans la poitrine, c'est-à-dire l'engorgement pulmonaire, la vive injection de la plupart des canaux aériens, et l'immense quantité de mucosités spumeuses et sanguinolentes que renfermaient les conduits; 3° que quant à la manière dont cette asphyxie a été produite, bien qu'ils ne puissent admettre que des conjectures à cet égard, il leur semble assez probable qu'elle a été le résultat d'un lien large, ou peut-être des deux mains fortement serrées autour du cou; d'un autre côté, la disposition des draps, les sillons imprimés sur la jambe droite, surtout les ecchymoses que présentaient les membres, ecchymoses qui correspondaient à gauche particulièrement aux différentes parties d'une main qui les aurait embrassées fortement afin de maintenir le corps dans l'immobilité, la dépression du lit, viennent encore corroborer cette idée, d'où il faudrait conclure qu'un crime aurait été commis, et que deux personnes auraient pris part à son accomplissement; 4° que les contusions nombreuses ont dû être opérées avec un corps d'une petite surface; que les unes étaient de date récente et les autres plus anciennes, notamment celles de la face. »

« Deux médecins de Versailles furent appelés aux débats, et après leur avoir soumis les faits que nous venons de rapporter, on leur demanda leur opinion sur la cause de la mort de la femme M... Tous deux s'accordèrent à dire qu'elle devait être attribuée à l'apoplexie, et que dans la mort par apoplexie rien n'était plus commun que de voir les apparences de la strangulation, ainsi qu'elles avaient été décrites par les médecins chargés de l'examen du corps de la femme M... »

Cette seconde déposition est encore une conséquence des vieilles idées émises par les auteurs sur les causes des morts subites. Il est évident pour nous que la femme M... a succombé à une asphyxie, et si les docteurs V... et B... eussent connu les faits que nous venons de relater sur les causes de la mort subite, ils n'eussent pas commis au tribunal une pareille erreur.

Mort par congestion pulmonaire, suite d'ivresse. — Consultation médico-légale.

Obs. V. — Les médecins soussignés, invités par M. Casenave, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, à donner leur avis sur la question de savoir à quelle cause doit être attribuée la mort du sieur Picot, décédé à la suite d'une lutte engagée entre lui et le nommé Roussel, aux environs d'Écriennes, ont d'abord pris connaissance, 1° d'une déposition faite par le sieur Lécuyer, pardevant M. le juge d'instruction de Vitry-le-Français; 2° d'un rapport médico-légal, rédigé par MM. les docteurs Cagniou et Blaincourt, à la suite de l'ouverture qu'ils ont faite du corps du sieur Picot; 3° de la déposition de ces deux médecins, devant M. le juge d'instruction.

Ils croient devoir extraire de ces diverses pièces les faits suivants :

Une querelle est engagée entre Picot et Roussel. Picot lance un coup de fouet en travers du corps de son beau-frère; ce coup a dû porter sur la hanche ; Roussel riposte par un coup de bâton en travers de la figure; un second coup de fouet est donné par Picot qui reçoit un nouveau coup de bâton. Les deux combattants étaient tellement rapprochés que ces divers coups *ne pouvaient avoir une portée un peu forte.* Picot et Roussel se séparent; Picot parcourt en chancelant un espace de trente pieds environ, et tombe à plat ventre. Lécuyer, qui s'approche de lui après lui avoir adressé quelques paroles, le relève, le place à son séant; on constate une altération très grande dans la physionomie de Picot. *Il faisait une grimace épouvantable ; les dents étaient serrées, ainsi que ses lèvres qui semblaient gonflées , par une grande affluence de sang; ses yeux étaient renversés; son teint était jaune comme de la bile , et il crispait ses bras et les roidissait. Il ne proféra aucune parole ; au bout de quatre ou cinq minutes, ses bras tombèrent, son teint s'éclaircit, les grimaces cessèrent, et il mourut.*

A l'ouverture du corps, voici les seules traces de violences que l'on observe : 1° une *faible contusion* de deux lignes de hauteur sur le dos et à la racine du nez, avec *légère excoriation* de la peau; elle ne *s'étend pas au-delà* du derme ou tissu cutané ; 2° une *contusion au dos*, dans le voisinage de l'omoplate, se dessinant à l'extérieur par *un groupe de points* d'un rouge-brun, laissant entre eux des intervalles, et occupant un espace *de quatre pouces* (on ne dit pas si cette mesure exprime le diamètre d'une surface circulaire, ou seulement un des diamètres de la contusion, dernière supposition plus probable). Elle ne *s'étend pas au-delà* du tissu cellulaire sous-cutané, où elle se manifeste par des *petites ecchymoses circonscrites*, correspondantes aux points rouges bruns de la peau; 3° une autre ecchymose de la largeur d'un centime, située au bas des fausses côtes du côté gauche de la poitrine ; elle est bornée au tissu de la peau.

Tous les autres organes sont sains.

Dans l'estomac existe une bouillie formée de pain et de fromage *colorée en rose.*

Ces divers faits nous paraissent devoir soulever les deux questions suivantes :

1° La mort a-t-elle été la conséquence des blessures reçues, dont les traces matérielles ont été signalées ci-dessus?

2° Dans le cas où cette première question serait résolue par la négative, à quelle cause faut-il donc attribuer la mort du sieur Picot?

Relativement à la première question, nous ferons remarquer que les trois contusions signalées étaient très superficielles et très circonscrites; que leur siége était éloigné des principaux centres nerveux; qu'elles n'ont amené aucun désordre matériel grave, et, par conséquent, elles n'auraient pu causer la mort qu'en produisant la commotion d'un organe important à l'exercice de la vie.

Les deux coups portés sur le dos et à la base de la poitrine étaient incapables de produire la commotion des poumons; l'étendue de ces organes, la mobilité des parois de la poitrine, le peu de surface sur laquelle le corps contondant a agi, excluent toute probabilité à cet égard.

En est-il de même par rapport au coup porté sur la base du nez? Ici le siége de la contusion, assez rapproché du cerveau, militerait en faveur de la possibilité d'un pareil résultat; mais si la violence du coup eût été assez grande pour la produire; il en serait resté des traces matérielles d'autant plus évidentes que le corps contondant dont Roussel s'est servi avait une surface très petite; or, ces traces sont celles d'une contusion légère. Ce qui, au surplus, lève toute espèce de doute au sujet de la commotion du cerveau comme conséquence du coup porté sur le nez et comme cause de la mort, c'est un fait d'observation constant, à savoir: que les effets de la commotion du cerveau *sont immédiats*, en sorte qu'un individu qui a reçu un coup assez violent pour amener une commotion cérébrale capable de causer la mort en quelques minutes, tombe immédiatement, perd connaissance et meurt. Rien de cela n'a été observé chez le sieur Picot: après avoir été frappé, il a pu marcher, parcourir un espace de trente pieds, présenter une série de symptômes qui n'appartiennent pas à la commotion du cerveau, et qui sont plutôt propres à un genre de mort que nous allons faire connaître tout à l'heure. Dans la commotion célébrale, l'individu tombe sous le coup, sans connaissance, sans mouvement, sans altération notable des traits, la respiration est seulement un peu embarrassée si la respiration existe encore, et le plus souvent la vie cesse après un ou deux efforts inspiratoires. C'est une paralysie générale de tout le corps qui se manifeste avec autant de rapidité que la paralysie partielle qui accompagne l'attaque d'apoplexie.

La solution de la première question est donc celle-ci:

Non, la mort n'a pas été la conséquence des blessures reçues.

A quelle cause la mort doit-elle être attribuée?

Ici nous ne pouvons faire que des suppositions; mais nous pensons qu'elles acquerront aux yeux des magistrats une grande probabilité.

L'un de nous, après avoir ouvert avec soin quarante-deux individus qui étaient morts subitement, a reconnu que les médecins attribuaient à tort la mort subite à l'apoplexie. Il a vu que l'apoplexie, avec foyer ou épanchement de sang au cerveau, ne se montrait qu'une fois sur quarante-deux; que la mort par congestion du sang aux poumons seuls ou aux poumons et au cerveau à la fois avait lieu vingt-quatre fois sur quarante-deux, et enfin que c'était de cette dernière manière que succombaient subitement tous les individus chez qui l'ivresse était la cause déterminante de la mort. Il a décrit l'état dans lequel le cerveau, les poumons et le cœur se trouvaient à l'ouverture du cadavre, état sur lequel l'attention des médecins n'avait pas encore été appelé, et qui, sans offrir d'altération locale limitée, circonscrite, présentait au contraire un état de plénitude générale du système vasculaire, tant des vaisseaux des membranes du cerveau que des principaux troncs vasculaires veineux qui se rendent au cœur, ainsi qu'une coloration rouge ou rouge brique plus ou

moins foncée du tissu pulmonaire. (Voyez *Annales d'hygiène et de médecine légale*, n° de juillet 1838.)

Or, dans le rapport de MM. Cagniou et Blaincourt, il est bien mention de l'absence de toute trace de lésion d'organe ou d'altération morbide; mais on ne parle pas de l'état de plénitude plus ou moins marquée des sinus de la dure-mère et des veines du cerveau ; de l'état sablé ou piqueté de la substance de cet organe; de la coloration du tissu pulmonaire, de la plénitude des veines caves, etc. Ce qui tend à nous prouver que ces altérations existaient, c'est la coloration violacée de la peau en avant du corps. On l'attribue, il est vrai, à ce que l'on aurait placé le cadavre après la mort tantôt sur le dos, tantôt sur le ventre, ce qui est bien peu probable, car les lividités cadavériques ne se forment qu'à une certaine époque de la mort. Ou elles se sont produites pendant que le corps était placé sur le dos, et la coloration du corps en avant doit tenir à une autre cause; ou elles se sont manifestées pendant que le corps était étendu sur le ventre, et alors la coloration du dos est indépendante des lividités cadavériques. Il y a donc, dans ces deux suppositions, un signe de la mort par asphyxie ou par congestion pulmonaire.

Si de ce signe nous rapprochons les renseignements qui tendent à démontrer que Picot avait bu du vin, et que probablement il était ivre; si nous y ajoutons la coloration rosée des matières alimentaires contenues dans l'estomac, preuve matérielle à l'appui de cette assertion, nous verrons qu'il se trouvait disposé à une congestion pulmonaire et cérébrale.

Que fallait-il pour la déterminer? une violente émotion, un mouvement de colère, une excitation puissante du genre de celle qu'il a éprouvée; et ce qui démontre qu'en effet cette congestion s'est peu à peu développée, ce sont les phénomènes dépeints avec tant de vérité par Lécuyer dans sa déposition : *la physionomie altérée, les lèvres gonflées par une grande affluence de sang, les yeux renversés, les bras se roidissant*, tous symptômes qui dénotent la congestion au cerveau lorsque celle-ci est arrivée à son dernier période ; quand les fonctions cérébrales viennent à cesser, alors *les bras retombent, le teint s'éclaircit, les grimaces cessent, et l'individu tombe dans l'état d'affaissement auquel la mort succède.*

En résumé, suivant nous, Picot était ivre au moment où il s'est battu ; il a été en proie à une violente colère ou à une forte émotion pendant laquelle la congestion cérébrale et pulmonaire se sont opérées, et la mort est survenue.

Si Picot n'eût pas été ivre, il y a tout lieu de croire qu'il n'aurait pas succombé.

Si Picot ne s'était pas battu, la mort ne serait pas arrivée.

L'ivresse a été la cause prédisposante de la mort, et la lutte en a été la cause déterminante ou l'occasion.

La mort a très probablement été le résultat d'une congestion pulmonaire et cérébrale auxquelles les violences ont été étrangères. Ces conclusions sont, du reste, tout-à-fait en rapport avec la sage réserve que nos confrères de Vitry ont apportée dans les leurs.

Paris, ce 15 septembre 1838.

Ollivier (d'Angers). Devergie (Alphonse).

EXEMPLES DE MORTS SUBITES.

Apoplexie de la protubérance annulaire.

Obs. VI.— Lefèvre Pierre, ancien postillon des messageries Caillard, tombe malade dans la rue ; on le transporte à l'Hôtel-Dieu, et pendant le trajet il meurt, le 13 février 1830.

Ouverture. — Etat extérieur, rien de particulier ; la peau du front et le cuir chevelu sont un peu injectés; celle des oreilles est rouge. Les vaisseaux de la dure-mère peu remplis de sang ; la surface du cerveau est très lubrifiée de sérosité et très humide ; les vaisseaux de l'arachnoïde sont peu injectés ; la substance cérébrale, généralement mollasse, est un peu piquetée. En ouvrant les ventricules latéraux, *il s'écoule environ une cuillerée et demie à deux cuillerées de sérosité limpide.* En disséquant avec soin la substance cérébrale et en renversant la base du cerveau de manière à couper l'origine de tous les nerfs, on aperçoit *une petite crevasse de trois à quatre lignes de diamètre, crevasse que remplit un sang noir et coagulé; elle a son siége au centre de la moitié gauche de la protubérance annulaire: c'est l'orifice d'un foyer de sang coagulé qui est placé entre les deux pédoncules, et qui cependant s'étend dans leur épaisseur. Le sang n'a pas distendu et écarté les lames de la protubérance pour former une cavité unique; mais il a été disséminé dans l'épaisseur de la substance blanche, de manière à ce que dans mille points du foyer on aperçoit des stries de cette substance; le pédoncule antérieur et le pédoncule postérieur sont intéressés dans leur partie supérieure, tandis qu'inférieurement ils sont presque complétement sains. Le sang a pénétré plus loin dans le pédoncule postérieur gauche et dans la moitié gauche du cervelet; le sang de ce côté semble avoir élargi la cavité qui termine ce pédoncule ; ce liquide s'est en outre épanché un peu à droite, mais beaucoup moins loin.* En résumé, une grande partie de la protubérance annulaire a participé au foyer aux dépens de la substance blanche qui en forme la partie supérieure.

Les vaisseaux veineux ne sont pas gorgés de sang ; le cœur est très volumineux; sa cavité droite très distendue, mais à parois amincies ; il y a presque autant de sang à gauche qu'à droite. Les poumons violacés sont peu crépitants; ils contiennent assez de sang.

L'estomac et les intestins ne présentent rien de remarquable ; le foie a un toucher graisseux ; il n'est pas gorgé comme dans l'asphyxie.

Apoplexie sanguine méningienne.

Obs. VII.—Le 8 juillet 1837, à 11 heures du matin, en vertu, etc., nous nous sommes transporté à la Morgue, à l'effet de procéder à l'examen extérieur et à l'autopsie du nommé Le Sénéchal, âgé de quarante-neuf ans, qu'on nous a dit être mort le matin du 5 juillet, deux heures après avoir été transporté à l'hôpital Saint-Louis.

Examen extérieur. — La putréfaction est fort avancée ; presque tout le corps est emphysémateux, la face surtout est très gonflée et verdâtre ; la moitié droite du corps se distingue de la gauche par des sugillations cadavériques très marquées; la jambe droite offre une couleur verte dans toute son étendue, depuis le genou jusqu'aux orteils, tandis que la gauche conserve sa couleur normale.

A deux pouces au-dessus de la partie externe du sourcil gauche, une contusion d'un pouce de diamètre, et d'une circonférence assez régu-

lière ; une incision pratiquée sur la peau montre qu'elle traverse les diverses couches de ce tissu, et le cuir chevelu enlevé, on trouve le péricrâne et la partie de l'os correspondant d'une couleur rouge tranchant avec la couleur blanche des parties environnantes.

Autopsie. — La surface externe de la dure-mère apparaît lisse, non humectée, *parcourue par des vaisseaux gorgés de sang. Les circonvolutions cérébrales sont effacées sous les membranes qui les enveloppent et qui sont assez gorgées de sang. A peine une première tranche peu épaisse de cerveau est-elle enlevée, que le ventricule latéral gauche se trouve ouvert, et qu'il s'en écoule un flot de sang liquide et noirâtre ; cette cavité est distendue par un caillot de sang épais de quatre pouces de long sur deux pouces et demi de large, entouré de quelques cuillerées de sang liquide. La distension du ventricule est telle qu'il reste à peine huit lignes d'épaisseur, tant de la substance corticale que de la substance médullaire. Trois à quatre cuillerées de sang avec quelques petits caillots dans le ventricule latéral droit; la substance de l'hémisphère de ce côté est moins rénitente, elle n'est pas piquetée.* Le cervelet, plus mollasse, offre un peu de sang dans le quatrième ventricule. Il s'écoule du canal vertébral une assez grande quantité de sérosité sanguinolente.

Le cœur est emphysémateux, ses cavités vides, le ventricule gauche un peu plus rosé que le droit; les poumons dans un état complet de putréfaction gazeuse, très emphysémateux en avant, et très gorgés de sang en arrière; l'intérieur de la trachée rouge brun.

L'estomac distendu par quelques gaz, contient un verre et demi d'un liquide brunâtre. Le foie, de volume ordinaire, n'est pas gorgé de sang ; la vessie contient deux grands verres d'urine.

Conclusion. — Le nommé Lesénéchal n'offre point, tant à l'extérieur du corps qu'à l'intérieur, des traces de violence qui puissent expliquer la mort. Celle-ci est évidemment le résultat d'une attaque d'apoplexie méningienne.

Apoplexie sanguine méningienne.

Obs. VIII.—Le 8 juillet 1857, nous avons procédé à l'examen extérieur et à l'autopsie de la nommée X..., morte quelques heures après son transport à l'Hôtel-Dieu.

L'extérieur du corps n'offrait rien à noter. *L'arachnoïde présente une injection assez prononcée. Les vaisseaux qui parcourent la surface du cerveau sont gorgés de sang ; la substance cérébrale est piquetée. Une assez grande quantité de sérosité dans les ventricules latéraux ; le quatrième ventricule est distendu par une bonne cuillerée de sang mêlé de petits caillots sans que la substance medullaire soit altérée.*

Le péricarde contient beaucoup de sérosité sanguinolente. Le cœur, assez volumineux, renferme du sang très liquide dans le ventricule droit, un peu moins dans le gauche qui contient quelques caillots. Les poumons sont fort adhérents aux côtes, surtout le gauche ; ils sont gorgés de sang. La trachée-artère est très rouge à sa surface interne.

L'estomac renferme très peu d'un liquide grisâtre. Le foie est assez gorgé de sang ; la vessie presque vide d'urine ; l'utérus présente des tumeurs squirrheuses de diverses grosseurs.

Conclusion.— La mort de la femme X... s'explique suffisamment par l'épanchement de sang dans le quatrième ventricule.

Obs. IX.—Examen du cadavre d'une femme de quarante-cinq à cin-

quante ans, très grande, bien musclée, et ne donnant encore d'autres signes de putréfaction que l'aplatissement des cornées, quoiqu'il y eût trois jours depuis la mort, qui a eu lieu en décembre 1831.

Deux légères ecchymoses au-dessous du cuir chevelu au sommet du crâne; rien sur la dure-mère; sang infiltré sous l'arachnoïde des deux côtes de la partie supérieure des lobes antérieurs du cerveau, les veines sont seulement dilatées en haut et en arrière du cerveau; rien entre les deux hémisphères. *Tout le lobe antérieur, le moyen et le postérieur présentent à leur partie inférieure une énorme quantité de sang infiltré et coagulé; les veines, très dilatées, se retrouvent toutes au milieu de ces caillots.* Toutes ces parties ont acquis une couleur noirâtre; mais en soulevant l'arachnoïde et la pie-mère, cette infiltration de sang ne s'étend nullement à la substance cérébrale, qui a sa couleur et sa densité ordinaires. Au-dessous du cervelet une même infiltration a lieu, et du sang entoure la moelle épinière. En enlevant les caillots et n'incisant pas les vaisseaux, je n'ai trouvé ni déchirure ni dilatation des vaisseaux de la base du cerveau. Toute la substance cérébrale est dans un état parfaitement naturel. Pas de coloration rougeâtre, pas de suintement de sang par les incisions; substance cérébrale un peu ferme; les ventricules ne sont pas dilatés; une très petite quantité de sérosité limpide dans leur intérieur; les plexus choroïdes sont dans l'état ordinaire.

Poitrine. Les poumons tout-à-fait sains sont d'une couleur rosée, d'une crépitation parfaite; il ne s'écoule pas de sang en les incisant, seulement un peu de liquide spumeux; en arrière, un léger engorgement sanguin, noirâtre, dépendant de la position cadavérique. Pas de sérosité dans le péricarde. Le cœur a le volume et la densité ordinaires, peut-être les parois de la cavité droite ont-elles plus d'épaisseur; une once tout au plus de sang dans les deux ventricules.

Abdomen. Les épiploons très chargés de graisse; l'estomac contenant encore des aliments; la membrane muqueuse présente quelques taches rougeâtres peu remarquables; le tube intestinal tout entier est dans l'état normal; le foie dans l'état naturel, ainsi que les reins et les organes génitaux.

Congestion cérébrale.

Obs. X. — Bechaut, âgé de quarante ans environ, trouvé mort dans sa chambre, le 16 mars 1829, par suite d'ivresse. Cet homme, d'après le peu de renseignements qu'on a pu avoir, se grisait très fréquemment. On assure que c'est avec de l'eau-de-vie qu'il s'est enivré cette dernière fois.

État extérieur du cadavre. — La face est légèrement injectée, les yeux à demi-fermés, le regard hébété, les lèvres portées en avant et serrées l'une contre l'autre comme un homme qui souffle pendant l'expiration. Un bras est élevé au-dessus de la tête, un autre est écarté du corps, dans l'attitude de l'homme qui chancèle.

Autopsie. — L'ouverture du thorax étant pratiquée, tous les tissus laissent exhaler une odeur très marquée d'alcool. Le péricarde contient un peu de sérosité roussâtre. Le cœur est très gros; il y existe du sang sans qu'il en soit gorgé; le ventricule et l'oreillette droite incisés dans toute leur longueur, laissent échapper du sang noir en partie fluide, en partie à demi-coagulé; les veines caves et sous-clavières ne renferment que du sang fluide. L'oreillette et le ventricule gauches, quoique moins pleins, en contiennent cependant une quantité notable.

Les poumons sont grisâtres, crépitants; le droit a contracté avec la

plèvre costale des adhérences très difficiles à détruire; le gauche est mou, plus volumineux, libre dans la cavité du thorax; lorsqu'on le coupe, et qu'on le comprime entre les mains, on en fait sortir un peu d'air mêlé à du mucus. La base de ces organes est plus rouge et un peu plus gorgée de sang (effet cadavérique).

L'estomac ne contient qu'une petite quantité de liquide, dans lequel nagent quelques petites portions d'aliments. Le tout exhale une odeur à la fois aigre et alcoolique (il paraît que l'alcool était absorbé en totalité lors de la mort, tant il y a peu de liquide dans l'estomac). La membrane muqueuse de cette poche est rouge et offre tous les caractères d'une inflammation chronique; les intestins grêles et les gros intestins sont rouges par place à l'extérieur; leur membrane muqueuse est fortement injectée, et présente en divers endroits des plaques d'un rouge brun très foncé. — Le foie est à peu près dans l'état naturel. Il en est de même de la rate, dont le tissu est assez consistant. — La vessie est peu ample; ses parois sont épaisses; elle contient peu d'urine.

Cerveau. — *Injection marquée des vaisseaux de la dure-mère, sang noir dans le sinus longitudinal; l'arachnoïde offre une consistance beaucoup plus grande que dans l'état naturel; il existe dans les circonvolutions du cerveau une certaine quantité de sérosité. La substance cérébrale est ferme quand on la coupe; on voit qu'elle est piquetée, les veines du cerveau contiennent du sang noir en quantité notable.*

Congestion cérébrale.

Obs. XI. — Berthé (Michel), ancien militaire, âgé de soixante-cinq ans, rencontre son ancien général qui lui donne quelque argent; il l'emploie à boire des liqueurs alcooliques, et ne rentre chez lui que le matin; il s'y livre à toutes les extravagances que son état entraînait. Bientôt ses voisins, qui en étaient incommodés, n'entendent plus aucun bruit; on entre dans la chambre, on le trouve mort aux pieds de son lit, et on l'apporte à la Morgue le 17 janvier 1829.

Autopsie faite le 21. — Cadavre gelé; quelques plaques rouges violacées au-devant des genoux; pâleur générale de la peau; peu d'écume dans la trachée; poumons d'un noir violet, très crépitants; leur tissu très légerement rouge et sans stase sanguine dans leur partie postérieure; cœur très volumineux; cavités gauches vides; un peu de sang fluide dans les cavités droites; veines caves, assez pleines d'un sang fluide très noir.

Dure-mère injectée; ses vaisseaux veineux gorgés; une couche de glace incolore d'une ligne et demie d'épaisseur dans la cavité de l'arachnoïde et à toute la surface externe du cerveau. — Le cerveau modérément piqueté; quelques petits glaçons limpides dans les ventricules; substance cérébrale d'une consistance ordinaire. — Mais le quart antérieur des deux hémisphères est transformé en une matière qui, pour la couleur, est analogue à celle du cerveau, mais qui a la consistance du suif. Cette matière semble envoyer des prolongements dans la substance cérébrale saine.

Congestion cérébrale et rachidienne.

Obs. XII. — Le sieur Carlet, âgé de soixante-trois ans, entré à Bicêtre le 22 mars 1837, marchant bien, mangeant bien, mais dans un état de somnolence habituelle, rentre le 8 juin au soir de Paris où il a passé un mois. Il dort bien, déjeune de même; mais, après son repas, il se plaint

de souffrir un peu de la tête; il dort profondément pendant deux heures environ; à son réveil il se plaint encore de céphalalgie, et sort pour prendre l'air. Tout-à-coup, sans rien dire, il s'assied, pâlit, penche la tête; l'élève de garde accourt; le cœur ne battait plus: il était mort. Les pupilles étaient dilatées, les membres flasques, la face très pâle. Le défunt ne s'est jamais plaint de souffrir du ventre.

A l'autopsie: roideur cadavérique, pupilles dilatées, téguments du crâne injectés, face pâle; à l'incision des veines cérébrales et des sinus il s'écoule une quantité très considérable de sang liquide; les membranes renferment beaucoup de sérosité incolore; la tête étant placée dans une position déclive, il *s'écoule du sang noir non coagulé pendant longtemps et en grande abondance; le cerveau, le cervelet, la protubérance et la moelle épinière ne présentent pas de congestion sanguine dans leur tissu;* à gauche, l'hémisphère cérébral offre au-dessus du corps strié un foyer ancien avec kyste et sérosité du volume d'une noix; la sérosité sous-arachnoïdienne du rachis est mousseuse comme de l'eau de savon quoiqu'elle n'ait pas été agitée; *les veines rachidiennes intra-vertébrales renferment encore beaucoup de sang;* le cœur offre dans ses ventricules et oreillettes, mais plus du côté droit, du sang liquide noir sans caillots; dans le ventricule gauche, coagulation sanguine très peu volumineuse; trachée un peu injectée dans l'intervalle qui sépare ses cerceaux; poumons engoués en arrière et en bas des deux côtés; tubercules crétacés avec induration au sommet du poumon gauche; foie énorme; à sa face inférieure deux tumeurs distinctes fluctuantes hydatifères; aucune autre altération. Il est bon de noter que, lorsque cet individu a été frappé de mort, il n'avait pas bu, et que, comme il était couvert d'un chapeau, il ne devait pas avoir ressenti l'influence du soleil (il était onze heures du matin).

Apoplexie séreuse et congestion pulmonaire.

Obs. XIII. *Autopsie faite le 28 octobre 1837.* — Le sujet est un chiffonnier inconnu qui a été trouvé mort dans la plaine de Monceaux le 25 octobre au matin. Il a été porté le même jour à la Morgue, où il a été ouvert le 28 du même mois. Il paraît âgé d'au moins cinquante ans; il est d'une taille de cinq pieds et demi environ et d'une forte constitution.

Cerveau. Sa surface extérieure est saine; il est d'une assez grande consistance; les coupes faites à cet organe font voir sa substance légèrement sablée; les ventricules latéraux, et *surtout le gauche, sont énormément dilatés par de la sérosité limpide; le quatrième ventricule en contient aussi; la quantité de liquide rachidien est augmentée;* toute la substance cérébrale est remarquable par son humidité; les sinus de la dure-mère contiennent peu de sang.

Appareil de la circulation. Les veines et les artères du cou sont complétement vides de sang; les premières sont gonflées par de l'air. Les vaisseaux veineux de la partie inférieure du tronc sont, au contraire, remplis de sang; le péricarde renferme deux cuillerées environ de sérosité; le cœur a un volume assez considérable; le ventricule gauche est dilaté, ses parois hypertrophiées et son intérieur rempli d'un sang liquide et moins noir que le sang veineux; le ventricule droit est encore plus dilaté, ses parois encore plus hypertrophiées; le sang qu'il renferme est assez noir et très peu fluide; il y a quelques ossifications à la crosse de l'aorte; *les poumons sont gorgés de sang et d'une*

teinte violette assez foncée; ces symptômes sont surtout marqués à la partie postérieure des poumons. Il y a un léger emphysème.

L'estomac, complétement vide, est considérablement revenu sur lui-même; le commencement des intestins grêles présente les traces d'une inflammation chronique; les gros intestins sont remplis de matières fécales; le foie présente aussi les traces d'une forte congestion sanguine; il en est de même de la rate, qui, de plus, est recouverte de petites concrétions blanches de consistance cartilagineuse; les *reins* sont à l'état normal; la *vessie* est revenue sur elle-même et ne contient guère qu'une cuillerée d'urine.

Congestion cérébrale et congestion pulmonaire.

Obs. XIV. — Kuenzi, âgé de trente-quatre ans, tailleur, fut trouvé mort, le 18 juillet 1830, au matin, dans son lit, par son camarade qui couchait avec lui.

Le cadavre commence à présenter aux paupières une coloration verdâtre; il s'écoule de chaque angle interne de l'œil et du bord libre des paupières du sang très fluide, mais très foncé en couleur. Quand on penche le cadavre de manière à ce que la tête soit dans une position déclive, l'écoulement de sang par les yeux a lieu par nappe et en abondance; le phénomène est tout-à-fait cadavérique et résulte du développement de gaz dans les ventricules droits du cœur, ce que nous avons *constaté d'une manière bien évidente* en ouvrant ce ventricule dont le sang s'est échappé avec beaucoup de bulles gazeuses très larges.

Tête. — *Sinus de la dure-mère assez gorgés de sang, surtout à la base du crâne; arachnoïde blanche, épaisse, offrant une foule de granulations jaunâtres le long du sinus longitudinal et adhérant à l'arachnoïde qui tapisse cette membrane; la substance cérébrale ferme, légèrement piquetée; le cerveau enlevé, il reste dans la cavité du crâne quatre cuillerées environ de sérosité sanguinolente; et, en effet, en examinant les ventricules, on voit qu'ils ont été dilatés. Pas de traces d'épanchements sanguins dans le cerveau, le cervelet ou le mésocéphale.*

Poumons extrêmement développés, recouvrant le péricarde, très sains, crépitants, d'une couleur violacée, gorgés de sang dans leurs deux tiers postérieurs; la trachée-artère offrait une teinte d'un rouge foncé à l'intérieur; tout son conduit tapissé d'une *écume très divisée à bulles très fines*, d'une couleur rougeâtre, mais assez consistante et assez plastique. Cavités droites du cœur contenant une quantité notable de sang, ainsi que les veines-caves; cavités gauches, une moins grande quantité.

Estomac et intestins sains.

Ce cadavre offrait une coloration violacée de la peau à la partie supérieure de la poitrine, sur l'abdomen et sur les deux cuisses; une plaque blanche existait à la partie antérieure de la poitrine. Je crus voir un asphyxié par le charbon; on avait déclaré qu'il était mort d'apoplexie foudroyante.

Congestion cérébrale et pulmonaire.

Obs. XV. — *Autopsie faite le 22 décembre* 1837. — Le sujet est un homme de quarante-cinq ans environ, très fortement musclé, gras, d'une taille de cinq pieds trois pouces. Ses épaules sont larges et son

cou est très court. La face présente une teinte d'un rose vif. Il a été trouvé mort sur la route de Boulogne.

A l'ouverture du crâne il semble qu'il s'exhale une odeur vineuse que du reste on retrouve très prononcée dans les autres cavités splanchniques; les veines de la dure-mère sont gorgées de sang; les sinus de cette membrane sont vides; les veines sous-arachnoïdiennes sont également gorgées de sang; le cerveau est assez ferme; ses coupes font voir sa substance sablée; rien de remarquable dans les ventricules.

Thorax. — *Émanations vineuses; sortie d'un liquide séro-sanguin très abondamment épanché dans les cavités pleurales; poumons d'un rouge violacé, vineux, très intense; il s'écoule de la section de leur tissu une grande quantité de sang; le tissu pulmonaire a perdu de sa consistance et présente tous les signes anatomiques d'une violente congestion.*

Les cavités gauches du cœur contiennent très peu d'un sang noir et assez peu liquide; les parois du ventricule gauche sont un peu hypertrophiées, surtout si on les compare à celles du ventricule droit qui sont très minces. Cette dernière cavité contient un peu plus de sang que la précédente, il est plus liquide et d'une teinte violacée; la membrane muqueuse de la trachée, et celle des bronches est très rouge; les bronches et la trachée sont remplies d'un liquide spumeux rouge exhalant une odeur bien marquée de cassis; les veines du cou contiennent beaucoup de sang.

A l'ouverture de l'abdomen, toujours cette même odeur alcoolique qui témoigne bien que l'individu faisait un fréquent usage des liqueurs fortes; le foie est très volumineux, son tissu un peu gorgé de sang; la rate est normale; la vessie contient environ un demi-verre d'urine; l'estomac est distendu par des gaz, il contient assez d'aliments; parmi ceux-ci on retrouve des liquides d'une odeur fortement alcoolique; la membrane muqueuse gastro-intestinale est tout-à-fait saine.

Cet individu a succombé à une congestion cérébrale et pulmonaire; la quantité de vin ou d'autres liqueurs alcooliques qu'on a retrouvée n'ont pas sans doute été étrangères à sa mort, d'autant qu'elle a eu lieu pendant une nuit très froide.

Congestion pulmonaire.

Obs. XVI. — Individu soupçonné être le nommé Jean Giraud, âgé de quarante et un ans, ramoneur à la Petite-Pologne, ouvert le 25 janvier 1830, mort sur la route de Saint-Denis. Aucune apparence de lésion extérieure; homme très fort; poumons bien développés recouvrant tous deux le péricarde; ils sont de couleur rosée et marbrés de noir; le tissu cellulaire environnant le péricarde est rosé; péricarde blanc; pas de sérosité dans son intérieur; cœur très volumineux, une quantité assez notable de sang très fluide dans le ventricule droit. A l'ouverture du ventricule gauche on aperçoit un liquide analogue à du sérum du sang avec une légère couche d'une substance semblable à la couenne inflammatoire; aussitôt ce sérum écoulé on trouve du sang beaucoup plus consistant qu'à droite, mais pas en caillot. L'oreillette gauche contient une assez grande quantité de sang épais; les veines caves renferment beaucoup de sang; pas de trace de vase sur la langue, pas de rougeur à sa base; ganglions bronchiques ossifiés; *membrane interne de la trachée très rouge, très injectée, surtout dans les divisions du poumon gauche; un peu de mucus épais disséminé çà et là, mais sans écume; poumon gauche assez riche de sang; poumon droit*

adhérent dans toute son étendue à la plèvre costale; les poumons incisés présentent une injection de leur tissu avec une multitude de points noirs formés par le sang qui existe dans les radicules vasculaires. Il existe une grande différence pour l'intensité de la coloration entre les lobes inférieurs et le lobe supérieur: l'une est rosée, l'autre presque noire; cet état répond bien à celui de la membrane muqueuse de la trachée. — Abdomen. Foie assez gorgé; estomac petit et ramassé au-dessous du foie; mais à la place de l'estomac il existe une tumeur que l'on a pris au premier abord pour cet organe. Cette tumeur est formée par la rate appliquée immédiatement au-devant du rein gauche, dont la position est telle qu'il occupe la place de la rate; le rein de l'autre côté est dans la même situation; les intestins sont sains.

Congestion pulmonaire.

Obs. XVII. — Charmé (Nicolas), vingt-six ans, infirmier (mort en dînant, rue Saint-Jacques, n° 60, le 6 novembre 1850). Aucune apparence de violence à l'extérieur. — La langue pincée à son extrémité entre les dents, et peu avancée, *absolument comme cela a lieu chez les pendus.*

Tête. — Membrane du cerveau dans l'état naturel: substance cérébrale très piquetée au voisinage de la surface extérieure du cerveau et à peine piquetée près de sa base; une cuillerée environ de sérosité dans les ventricules latéraux.

Bouche, larynx et trachée, rien de remarquable; la *membrane muqueuse de ce dernier conduit est un peu arborisée à la partie postérieure, ainsi que dans les divisions des bronches où l'arborisation devient beaucoup plus prononcée. Poumons crépitants, violacés et arborisés à l'extérieur. Incisé, le parenchyme des poumons est comme teint de sang, d'un rouge de plus en plus foncé quand on l'examine plus profondément. Tous les vaisseaux du parenchyme laissent écouler du sang très noir comme dans l'asphyxie par le charbon. Les gros vaisseaux (veines pulmonaires et artères) sont eux-mêmes très gorgés.*

Le cœur est assez volumineux; les veines sous-clavières et caves sont distendues par du sang, ainsi que les cavités droites: *ce sang est fluide.* Dans le ventricule gauche on trouve beaucoup moins de liquide; il s'écoule d'abord par l'ouverture qui y est faite, de la sérosité ou sérum du sang, puis un mélange de sérum et de matière colorante, puis du sang proprement dit; mais il n'est nullement fibrineux.

Abdomen. — Estomac contenant une demi-pinte environ d'un liquide rougi par du vin, et quelques portions d'aliments. La membrane muqueuse de cet organe est d'un rouge brunâtre briqueté dans toute son étendue. Cette coloration s'étend au duodénum. L'intestin grêle offre çà et là des parties enflammées d'une manière chronique; il est généralement injecté extérieurement. Le foie est sain; mais son tissu est fortement gorgé de sang, ainsi que la rate. La vessie est pleine d'urine.

Congestion pulmonaire.

Obs. XVIII. — Le 20 janvier 1837, etc., nous nous sommes rendu à la Morgue, à l'effet de déterminer les causes de la mort du sieur Fleuret, décédé sur la route de Neuilly.

Nous avons appris que cet homme était aliéné depuis quatre ans; que

trois jours auparavant, un enfant que l'on avait placé auprès de lui s'étant éloigné, il avait profité de cette circonstance pour sortir de Clichy, où il habitait avec sa femme, et qu'il avait été trouvé mort le lendemain dans un état de contracture qui dénotait des souffrances assez grandes dans les derniers instants de la vie. En effet, les membres étaient écartés du corps, étendus, les doigts fléchis, contractés, la figure portant l'empreinte de la souffrance.

Examen extérieur. — La rigidité cadavérique a totalement cessé. Au gros orteil, une plaie qui a détruit une partie de la peau et déterminé la chute de l'ongle; plaie ancienne paraissant avoir donné du sang par suite de la marche; plusieurs pustules ulcérées : une au pli de l'aine gauche, trois à la face dorsale des articulations qui unissent la première phalange aux os du métacarpe; plusieurs excoriations aux doigts de la main gauche, paraissant être le résultat de frottements brusques sur le pavé, car l'épiderme est détaché, plissé et renversé de haut en bas, de manière à constituer de petits lambeaux flottants; à la racine des cheveux et vers le milieu du front une plaie contuse d'un pouce environ de longueur dont les lèvres offrent trois à quatre lignes d'écartement et sont granulées, inégales et épaisses. Cette plaie n'intéresse que la peau, son fond est formé par du tissu cellulaire rose, injecté, mais il n'existe pas d'ecchymose dans son pourtour. Le cerveau petit, les membranes pâles, la substance cérébrale peu piquetée.

La base de la langue rosée et comme dépouillée d'épiderme; rien dans le larynx ni la trachée-artère, mais *la membrane muqueuse des bronches est d'un rouge vif; il semble qu'une exsudation sanguine ait eu lieu à la surface. Les deux poumons sont assez petits, mais retenus dans la cavité de la poitrine par des adhérences anciennes, le tissu d'un rouge vif, et il s'écoule de la section des vaisseaux qui les parcourent une quantité de sang assez notable.* Les cavités droites du cœur sont remplies de sang; on y trouve en outre au voisinage de la valvule auriculaire plusieurs caillots de fibrine grisâtre et décolorée; il existe peu de sang dans les cavités gauches. Le foie très volumineux est gorgé de ce fluide, quelques débris de matières alimentaires se rencontrent dans l'estomac; la vessie ne renferme que peu d'urine.

Conclusion. — La température de l'atmosphère, le peu de vêtements dont était couvert cet individu, le lieu où il a été trouvé, l'absence de lésions capables d'expliquer la mort, l'état d'engorgement des poumons et des cavités droites du cœur, tendent à démontrer que la mort a été le résultat de l'asphyxie par le froid; elle a dû être hâtée par les souffrances de cet homme, dont la marche aura certainement été très douloureuse à cause de la blessure qu'il portait au gros orteil.

Quant à la plaie du front, elle s'explique parfaitement par l'effet d'une chute du corps en avant.

Congestion pulmonaire.

Obs. XIX. — Le 15 décembre 1835, nous avons procédé à l'ouverture du corps du nommé ..., décédé sur la voie publique, rue Bourg-l'Abbé, le 12 courant, à l'effet de déterminer la cause de la mort, et particulièrement si elle pouvait avoir été l'effet de quelque violence ou blessures.

Cadavre du sexe masculin, fort musclé; aucune apparence de lésion, contusion, blessure ou de quelque autre violence à l'extérieur du corps; pas d'ecchymose dans les muscles des membres, ni dans ceux du tronc; cerveau dans l'état normal, si ce n'est un état piqueté et sablé de sa sub-

stance. Rien de remarquable dans la cavité de la bouche, le larynx et la trachée. Poumons *volumineux, adhérents dans toute leur surface aux plèvres ; leur tissu d'un rouge vif en avant, d'un rouge noirâtre en arrière, gorgé d'un sang épais qui s'écoule en nappe des orifices des vaisseaux divisés.* Le cœur très volumineux (hypertrophié), ses cavités plus larges que de coutume, elles contiennent du sang ; la cavité droite en renferme plus que la gauche ; ce sang est fluide, mais il est plus épais dans la cavité gauche que dans la droite. Tous les gros vaisseaux qui se rendent au cœur et aux poumons contiennent aussi du sang. L'estomac et les intestins sont pâles et décolorés ; dans la cavité du premier de ces organes existent des aliments (pain, haricots et pomme cuite) ; la membrane muqueuse de cet organe est un peu injectée ; il n'existe avec les aliments qu'une très petite quantité de liquide incolore, sans odeur vineuse ou alcoolique. Le foie est à l'état normal, mais il contient plus de sang ; la rate et les reins sont dans l'état naturel.

Conclusion. — 1° Il n'existe pas de traces de blessure ou de violence auxquelles on puisse attribuer la mort ;

2° La mort a été le résultat d'une congestion sanguine des poumons survenue probablement d'une manière spontanée sous l'influence du froid, et pendant une digestion active chez un individu qui y était disposé par le développement considérable des organes de la circulation.

Congestion pulmonaire ; état anatomique imitant celui d'un individu noyé.

Obs. XX.— Un homme apporté à la Morgue le 8 février 1850, mort subitement rue Saint-Antoine. — Aucun signe extérieur de violences ; adhérences assez nombreuses des poumons aux côtes, principalement du côté droit ; poumons sains extérieurement ; veines sous-clavières gorgées ; un peu de sérosité visqueuse dans le péricarde ; cœur volumineux ; aorte et artère pulmonaire très volumineuses ; à la naissance de cette dernière artère existe un point large comme un centime où les membranes sont amincies, mais sans altération morbide ; il semble que la tunique moyenne de l'artère manque dans ce point ; la forme de cette place est ronde ; le ventricule droit contient un sang demi-fluide, s'échappant plus épais au fur et à mesure que l'on vide cette cavité ; la section de l'aorte laisse écouler beaucoup de sang ; les parois du ventricule gauche sont très épaisses, sa cavité ne contient qu'une très petite quantité de sang épais ; la langue n'offre rien de remarquable ; *le larynx, la trachée et une grande partie des ramifications bronchiques contiennent de l'écume ; dans le larynx l'écume est blanche ; elle devient de plus en plus rouge dans la trachée ; elle est rouge dans les premières divisions des bronches ; cette écume diffère de celle des noyés en ce qu'elle est à bulles larges et qu'elle n'est pas uniforme, c'est-à-dire qu'entre trois ou quatre grandes bulles il y en a six ou huit petites, ce n'est pas cette écume à bulles multipliées et uniformément placées les unes à côté des autres, quoique formée par du mucus ; les bulles sont à parois minces, et j'avoue que, s'il ne m'était pas démontré que ce n'est pas un noyé, je pourrais croire à la submersion ; une autre circonstance viendrait d'ailleurs appuyer ce fait, c'est l'existence d'une grande quantité d'eau dans l'estomac : il y en avait bien un litre ; elle s'y trouvait avec des aliments en grande partie digérés. Ici donc la différence entre l'écume consistait dans la largeur des bulles, un peu plus de viscosité et la couleur rouge due à du sang qui a évidemment été exhalé dans les derniers moments*

de la vie; les poumons sont d'ailleurs gorgés de sang dans toute leur étendue; les organes de l'abdomen sont sains; le cerveau contient un peu de sérosité.

Mort par congestion pulmonaire et cérébrale.

Obs. XXI. — Martin, âgé de cinquante-quatre ans, menuisier, est trouvé mort le 17 mars 1838, à la Villette, sur la route d'Allemagne, auprès d'une des cuvettes de la route. Il était étendu à terre sur le dos; les pieds en partie dans l'eau du ruisseau, les mains enfoncées dans l'eau vaseuse de la cuvette, la partie postérieure de la tête trempant dans l'eau, mais la face entièrement sèche et sans contact avec le liquide. Quelques documents recueillis font connaître que cet homme était dans un état d'idiotisme assez avancé pour qu'on fût obligé de l'habiller. Il était très sobre.

État extérieur. Quelques excoriations au front, au dos du nez, à la pommette droite, à la lèvre inférieure, au coude droit et au-devant de l'une des jambes, ces excoriations sans ecchymoses sous-cutanées; *congestion des vaisseaux de la dure-mère et des sinus de cette membrane; arachnoïde extrêmement épaissie, infiltrée de sérosité limpide: tous les vaisseaux de la pie-mère fort injectés et colorant en rouge cette membrane; çà et là des petites granulations jaunâtres dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; substance cérébrale ferme, injectée et sablée très fin; elle est remarquablement humide et comme lubrifiée de sérosité; les deux ventricules latéraux dilatés et contenant trois cuillerées au moins de sérosité limpide; des kystes séreux de la grosseur de petites lentilles dans les plexus choroïdes; les pédoncules du cerveau très mous, mais sans changement de couleur; le cervelet ferme, aussi très humide; bouche, larynx, trachée, rien; bronches un peu colorées en rouge; poumons déprimés, leur tissu d'un rouge brique en avant et gorgé de sang dans leur moitié postérieure.*

Cavités droites du cœur distendues par un sang très fluide et assez pâle; du sang coagulé dans le ventricule gauche; ce sang est épais et noir. Estomac contenant un demi-verre de liquide rouge de sang; pas d'aliments.

Mort par syncope.

Obs. XXII. — Un homme de soixante à soixante-cinq ans, mort sur la voie publique, ouvert le 19 février 1829.

État extérieur du cadavre. — Rien de remarquable; assez d'embonpoint, figure nullement altérée; cet homme semble dormir.

Thorax. — Poumons droit et gauche peu gorgés de sang, si ce n'est à la base du poumon droit, qui paraît beaucoup plus rouge à la partie postérieure. Ces organes sont crépitants.

Cœur volumineux. Les cavités droites contiennent une assez grande quantité de sang coagulé. Dans le ventricule droit il existe *un gros caillot qui ressemble parfaitement à la couenne pleurétique;* du sang dans les cavités gauches du cœur.

Estomac presque vide; un peu de liquide incolore mêlé à une très petite quantité d'aliments de couleur brune; les parois de l'estomac, dans les deux tiers environ de l'étendue de cet organe, sont d'un rouge vif. Lorsqu'avec le scalpel on enlève les mucosités, on aperçoit toute la muqueuse parsemée de points d'un rouge vif.

Les intestins offrent à l'extérieur une couleur rouge en divers endroits; vue à l'intérieur, la membrane muqueuse présente par places

des points d'un rouge à peu près semblable à ceux qu'on observe dans l'estomac. Les *reins* sont sains. La *vessie* forme une saillie considérable dans l'abdomen ; son volume équivaut à la tête d'un fœtus ; une ponction en fait sortir une grande quantité d'urine peu colorée, sans dépôt.

Cerveau. — Injection légère des vaisseaux de la dure-mère ; sérosité entre la dure-mère et le cerveau ; point de sérosité extraordinaire dans les ventricules ; la substance du cerveau n'est point piquetée.

Mort subite par syncope chez une femme de 55 à 60 ans environ.

Obs. XXIII. — Le 10 février 1837, en vertu, etc., nous nous sommes transporté à la Morgue, où, etc.

Aucune trace de violences ou de blessures à l'extérieur du corps ; vaisseaux de la dure-mère et du cerveau renfermant peu de sang ; substance cérébrale non piquetée, plutôt infiltrée de sérosité, à la base surtout ; langue sèche, un peu violacée à sa base ; larynx et trachée peu injectés ; poumon gauche sain ; cavernes et tubercules dans le poumon droit ; l'un et l'autre peu gorgés de sang ; cœur assez volumineux ; une quantité assez considérable de sang dans les cavités droites, avec un *caillot fibrineux de la grosseur d'une noix;* les cavités gauches en renferment aussi ; mais il y est moins fluide, et en proportion moindre ; estomac ne contenant pas un atome de matière ; sa face interne violacée dans toute son étendue, indiquant une gastrite de longue date ; foie un peu rugueux à sa surface, peu gorgé de sang ; vessie vide ; intestins, *id.*; le colon rétréci.

Conclusion. — 1° Point de traces de violences ou blessures, tant extérieurement qu'intérieurement, qui puisse expliquer la mort ; 2° celle-ci paraît avoir été le résultat d'une syncope ; 3° l'état de l'estomac et celui des intestins pourrait faire admettre que la syncope est due à une abstinence long-temps prolongée.

Mort par syncope, suite d'anévrisme du cœur.

Obs. XXIV. — Baillet (Alexandre), âgé de soixante-trois ans, fourbisseur, décédé subitement dans un cabaret de la rue......; ouvert à la Morgue, le 6 janvier 1837.

État extérieur du corps. — Il n'existe à l'extérieur du corps aucune trace de violences ; on aperçoit seulement sur le cuir chevelu deux tumeurs : l'une, située vers le milieu de la région pariétale gauche, offre à peu près le volume d'un œuf de pigeon ; l'autre, située en arrière et au-dessus de l'oreille droite, égale au moins celui d'un œuf de dinde. Ces deux tumeurs laissent écouler à la section un liquide de la couleur et de la consistance du miel.

Tête. — Il n'existe aucune fracture à la voûte du crâne ; état d'engouement assez prononcé de la partie postérieure du cerveau ; pâleur, opacité et infiltration de l'arachnoïde et de la pie-mère qui tapissent la partie supérieure des lobes de cet organe. La substance cérébrale examinée par des coupes en différents sens n'offrait rien de remarquable ni dans le cerveau ni dans le cervelet ; la base de la langue est un peu injectée ; le larynx et la trachée sont à l'état normal.

Thorax. — Les poumons sont affaissés et déprimés ; leur tissu, parfaitement sain, est gorgé de très peu de sang en arrière ; le cœur est très volumineux ; le ventricule droit et les deux oreillettes ayant acquis des dimensions très considérables, sans épaississement ni amincisse-

ment de leurs parois ; le ventricule gauche est hypertrophié ; sa cavité est très rétrécie ; ses parois ayant en certains endroits jusqu'à un pouce et un pouce et demi d'épaisseur ; les colonnes charnues sont très volumineuses ; les valvules du cœur, très blanches, plus denses que de coutume, et se rapprochant de l'état cartilagineux ; une quantité de sang assez considérable remplit les cavités droites du cœur : il y en a moins dans les cavités gauches dont le calibre est évidemment bien moindre ; à l'ouverture du ventricule droit, il s'écoule d'abord de la sérosité, puis du sang liquide ; et après sa sortie, on y remarque un assez grand nombre *de caillots fibrineux*, formés par une fibrine grisâtre, mollasse et diaphane.

En étendant la membrane muqueuse on voit les bouches béantes de ses vaisseaux exhalants; cette membrane paraît avoir moins de consistance que de coutume; elle se laisse déchirer facilement.

Abdomen. — Vacuité complète de l'estomac, qui est contracté et revenu sur lui-même : aucune odeur alcoolique ne s'exhale de l'intérieur de ce viscère ; le foie est très volumineux et hypertrophié ; sa tunique péritonéale est blanche dans toute la surface supérieure de son grand lobe ; les intestins ne présentent rien de particulier ; vessie contractée, et ne contenant que très peu d'urine.

Conclusion. — En l'absence de l'odeur alcoolique dans l'estomac et des traces de congestion au cerveau et dans les poumons qui accompagnent ordinairement la mort suite d'ivresse ; et ayant égard à l'état du cœur, tant sous le rapport de son état anatomique que sous celui de la quantité de sang contenue dans ses cavités, nous sommes conduit à penser que la mort a été le résultat d'une syncope du genre de celles qui amènent la mort de quelques personnes affectées de lésions organiques du cœur.

Mort par hématémèse.

Obs. XXV. — Corby (Étienne), quarante-neuf ans, journalier, mort subitement sur la place de Grève le 17 juillet 1830. Cadavre très maigre ; aucun signe de putréfaction ; pas de lésion à l'extérieur.

Tête. — Meninges saines ; cerveau nullement piqueté ; un peu de sérosité dans les ventricules.

Poitrine. — Poumons parfaitement sains, un peu gorgés de sang en arrière ; trachée-artère renfermant un liquide séro-sanguinolent, quoique la membrane muqueuse ne soit pas sensiblement colorée. Ce liquide est très aqueux à la division de la trachée. Quand on presse les poumons, il se dégage des bulles d'air qui soulèvent le liquide, comme cela aurait lieu chez un noyé ; mais il est rare de rencontrer chez ces derniers une aussi grande quantité d'eau ; la pression des bronches un peu prolongée ne fait plus sortir un liquide séreux, mais bien un liquide sanguinolent (sérosité de sang), qui prend une couleur et une consistance d'autant plus marquées, que l'on comprime plus fortement le poumon ; en sorte que les dernières portions ressemblent tout-à-fait à du sang. Les cavités du cœur sont vides. Les veines caves contiennent peu de sang.

Abdomen. — *Estomac énormément distendu; on y trouve deux livres et demie à trois livres de sang formant un seul caillot très consistant au milieu duquel se voient des haricots verts. Il n'y a que peu de sang liquide; la couleur du caillot est d'un noir de jais; l'estomac vidé offre une teinte d'un blanc rose ; mais cette couleur rose est entièrement due à une couche de mucus épais et filant plastique qui tapisse toute sa*

surface interne: une fois enlevé, l'estomac est tout-à-fait blanc, à part quelques points un peu injectés au voisinage de l'orifice cardiaque.

Les autres organes de l'abdomen sont blafards et décolorés, mais sains.

Mort par hématémèse. — Phthisie.

Obs. XXVI. — Le 8 février 1857, nous avons procédé à l'autopsie du nommé Lagrange (Pierre-François), âgé de quarante-six ans, palefrenier, mort subitement sur la voie publique, à l'effet de déterminer la cause de sa mort.

A l'extérieur, aucune trace de violence; on voyait seulement sur la peau qui recouvre les os propres du nez une légère ecchymose résultant apparemment de la chute du corps sur cette partie au moment de la mort.

A l'intérieur, rien de remarquable au cerveau; au lieu d'être injecté ou de présenter l'état piqueté, il semble contenir moins de sang que d'ordinaire. Rien d'anormal à la trachée. Les poumons présentent quelques cavernes par suite de fonte tuberculeuse. Ils sont partout farcis de tubercules. Loin d'offrir des traces de congestion sanguine, ils sont pâles même dans les points les déclives. Le cœur, petit pour la stature du corps, et adhérant fortement au péricarde, présente dans ses cavités droites beaucoup de sang fluide; à gauche, il y en a fort peu; du reste, rien d'anormal dans cet organe.

L'estomac paraît distendu par un liquide: ouvert longitudinalement, il s'en écoule une quantité considérable de sang liquide; vers le grand cul-de-sac existe un caillot de la grosseur du poing; les vaisseaux de cet organe sont rouges et injectés; ils forment à la surface de la membrane muqueuse un lacis très apparent; les autres organes de l'abdomen n'offrent de remarquable que le peu de sang qu'ils contiennent, ce qui est plus saillant dans les organes parenchymateux, tels que le foie et la rate.

L'état exsangue des viscères ne pouvant pas s'expliquer complétement par la quantité de sang trouvé dans l'estomac, nous avons cherché des traces de vomissement qui nous rendissent compte de cet état, et nous avons trouvé près la commissure gauche des lèvres du sang desséché qui paraissait être le résultat de vomissement.

Des faits ci-dessus nous croyons pouvoir conclure que le nommé Lagrange a succombé à une hématémèse.

Nota. Nous avons appris que Lagrange abusait des boissons alcooliques, et qu'il lui arrivait souvent de passer plusieurs jours sans prendre aucun aliment.

Mort par rupture de l'artère pulmonaire, suite d'ivresse.

Obs. XXVII. — Lutz, trente ans, sellier. Ouverture faite le 26 septembre 1857. — Trois hommes descendaient la rue Rochechouart; six à huit autres qui étaient en avant leur barraient le passage; ils se font cependant ouverture; mais Lutz reste en arrière, s'empare de la canne de l'un des huit hommes, et se défend. Dans la lutte, il reçoit au cou un coup de couteau. La garde arrive, s'empare de Lutz; un des soldats le voyant vaciller, le saisit, le porte sur son épaule avec ses deux camarades, et le dépose dans le violon du corps-de-garde; mais à peine est-il placé à terre que ses deux camarades le trouvent sans vie.

Autopsie. — Homme très fortement constitué et très musculeux,

Sur le sterno-mastoïdien droit, à un pouce au-dessus de la clavicule, existe une plaie transversale de quatre lignes de diamètre, dont les lèvres sont béantes et desséchées. Il nous est impossible de déterminer si les angles sont nets ou arrondis, et de préciser l'espèce d'instrument employé. Toutefois l'instrument a traversé les muscles sterno-mastoïdien, thyroïdien, hyoïdien, laissé intact le corps thyroïde, s'est porté obliquement au-devant de la trachée, et s'est arrêté au-devant de l'artère et de la veine carotide primitive sans les intéresser, ce que prouve une ecchymose qui dessine ce trajet.

Le cerveau est injecté très fortement dans la pie-mère ; la dure-mère et ses sinus contiennent peu de sang ; la substance cérébrale est assez piquetée ; bouche, trachée, rien.

Deux litres de sang dans la cavité gauche de la poitrine; ici le caillot est tellement isolé du sérum qu'en ouvrant cette cavité et voyant s'écouler un liquide limpide et incolore, nous crûmes d'abord à un épanchement séreux pleurétique; le poumon est fortement refoulé et comprimé; du sang complétement coagulé existe dans le péricarde, mais en petite quantité; le cœur est contracté sur lui-même, réduit à un petit volume et vide de sang; le péricarde est perforé par une ouverture ronde d'un pouce de diamètre à la racine des vaisseaux pulmonaires gauches ; et dans ce point là substance pulmonaire se déchire avec une grande facilité. En examinant les gros vaisseaux, car les premières branches artérielles et veineuses sont intactes, on trouve à un pouce au-dessus de l'origine de l'artère pulmonaire, lorsque cette artère est encore enveloppée par le péricarde, une ouverture qui occupe son côté gauche et un peu postérieur. Cette ouverture est le résultat d'une rupture des parois artérielles. Telle est sa disposition, que, vue à l'intérieur, l'artère offre deux sections transversales, dans le sens des fibres circulaires, séparées par un petit pont ou lambeau d'une ligne de largeur. L'une d'elles, placée plus près du cœur, a six lignes de largeur, et l'autre huit lignes. Les bords de ces déchirures sont nets, lisses comme s'ils avaient été coupés avec un instrument tranchant; en dehors de la tunique interne, on voit une ecchymose à peu près ronde de huit lignes de diamètre, et à son centre une déchirure de la tunique fibreuse et de la tunique séreuse à bords frangés, inégaux, mais constituant une ouverture ronde de deux lignes de diamètre.

Tous les autres organes sont sains. L'estomac contient des matières alimentaires fortement colorées par du vin, qui se reconnaît, non pas en ce qu'il existe en nature, mais à la matière colorante *lie de vin* qui tapisse les aliments.

C'est une chose remarquable que la rapidité avec laquelle les boissons disparaissent après la mort. Chez les gens morts d'ivresse, on ne retrouve plus de vin, ou presque plus, mais bien la matière colorante, qui a pris la couleur de la lie.

Conclusion. — 1° La mort du sieur Lutz a été le résultat de la rupture des parois de l'artère pulmonaire;

2° Le coup de couteau ou d'un instrument perforant et tranchant n'a été pour rien dans cette lésion.

3° Il est possible que l'ivresse réunie à la colère et aux émotions que Lutz a éprouvées pendant la lutte aient contribué à déterminer cette lésion artérielle en augmentant considérablement l'activité de la circulation.

CHAPITRE IV.

MOYENS DE DÉTERMINER SI LA MORT EST RÉELLE OU SI ELLE N'EST QU'APPARENTE.

Il existe un grand nombre de faits authentiques qui prouvent que des erreurs sur la mort ont été commises; les exemples de ce genre sont aujourd'hui moins le fait de l'ignorance que d'un défaut d'attention, car la science possède les moyens d'éviter de semblables erreurs.

Bruhier, dans son *Traité sur l'incertitude des signes de la mort*, publié en 1740, a rassemblé cent quatre-vingt-un cas de méprises, parmi lesquels figurent cinquante-deux individus enterrés vivants, quatre ouverts avant leur mort, cinquante-trois de personnes revenues spontanément à la vie, après avoir été enfermées dans un cercueil, et soixante-douze autres réputées mortes sans l'être. Tout en admettant avec Louis, dans sa *Lettre sur la certitude des signes de la mort*, qu'un grand nombre de ces narrations a été puisé à des sources peu certaines, il n'en reste pas moins démontré que des erreurs nombreuses ont été commises. D'ailleurs, Bruhier n'est pas le seul auteur qui ait rapporté des faits de ce genre. Zacchias, Lancisi, Philippe Peu, Guillaume Fabri, Pechlin, Kirchmann, Korneman, Vinslow, Falconnet, Rigaudeaux, ont cité des exemples analogues. On sait que sous Charles IX, François Civile, gentilhomme normand, se qualifiait, dans ses actes, de trois fois mort, trois fois enterré, et trois fois ressuscité par la grâce de Dieu, quoiqu'il n'eût été enterré que deux fois; mais on ajoute qu'il fut mis au monde après la mort de sa mère.

La question de savoir s'il existe un signe certain de mort, a surtout occupé les médecins vers la fin du siècle dernier, et l'on peut dire que Louis l'a résolue affirmativemeut, et sans qu'il puisse rester aujourd'hui aucun doute à cet sujet. Après lui, Bichat et Nysten se sont aussi occupés de cette question, et

leurs recherches sont venues confirmer le travail du savant chirurgien que j'ai cité. Bichat, cependant, éleva des doutes sur la rigidité comme *phénomène toujours constant;* mais Nysten, dans ses *Recherches de physiologie et de chimie pathologique*, publiées en 1811, indique la cause de l'erreur de Bichat.

Il existe trois signes certains de mort : le premier est la *rigidité, ou roideur cadavérique;* le second est la *putréfaction;* le troisième consiste dans *l'absence de contractions musculaires*, sous l'influence des stimulants, et principalement des stimulants électriques ou galvaniques.

Rigidité cadavérique.

Le phénomène de la rigidité cadavérique consiste dans une augmentation de densité, que la totalité du corps de l'homme acquiert, à une époque plus ou moins rapprochée de la mort; elle imprime à tout le corps une roideur qui ne lui est pas habituelle. Elle peut être telle que si l'on enlève un cadavre par la tête et les pieds, il n'exécute aucun mouvement de flexion, semblable à une planche que l'on déplace en la saisissant par ses deux extrémités.

Siége de la rigidité. — Il est dans les muscles : car si l'on dissèque une articulation, si on enlève la peau, les aponévroses, les ligaments des articulations et les capsules synoviales, le membre conserve toute sa rigidité; si au contraire on coupe les muscles qui passent sur les articulations en laissant intacts les ligaments, la mobilité du membre devient complète.

Cause de la rigidité. — La cause de la rigidité paraît être due à un reste de contractilité du tissu musculaire sous l'influence de la vie, contractilité assez forte pour roidir le muscle, augmenter son volume, et le faire saillir sous la peau; toutefois, cette contraction est trop faible pour que le muscle opère le moindre déplacement des parties auxquelles il s'insère. Cette contractilité, on peut la peindre par la supposition suivante, que Nysten a faite : Admettons, dit-il, que pour fléchir l'avant-bras sur le bras il faille un effort de muscle égal à 20 : pour opérer cette flexion à moitié, il ne faudra plus qu'un

effort égal à 10; ou à 5 pour un quart de flexion. Eh bien, si la force n'est, par exemple, qu'un 20e de celle qui opère le mouvement, alors il n'y aura plus de déplacement, mais seulement la roideur du muscle qui précède sa contraction.

Développement. — La rigidité se développe en général à une époque rapprochée de la mort; elle en est même souvent si voisine chez les personnes âgées, qu'à cette occasion Louis cite dans sa lettre sur la certitude des signes de la mort: « L'habitude que l'on avait à la Salpêtrière de passer la chemise aussitôt qu'on s'apercevait du décès. » Il dit encore: « Au moment de la cessation absolue des mouvements, les articulations commencent à se roidir, même *avant la diminution de la chaleur naturelle.* » Il ajoute enfin : « Je pensais que la roideur était occasionnée par la diminution de chaleur, par la coagulation du sang. Ce n'est que depuis la lecture du livre de M. Bruhier que j'ai voulu assister au lit de la mort, et être présent au moment fatal, où le corps cesse d'être animé; j'ai été dans le cas d'observer que la roideur des membres *n'est point l'effet de la diminution de la chaleur.* (Lettre de Louis, p. 136.) Morgagni considère aussi le développement de la rigidité comme très voisin de celui de la mort. — Suivant Nysten, la rigidité n'apparaît *qu'après l'extinction de la chaleur* du corps, assertion qui ne me paraît pas exacte. Elle survient d'autant plus tard, que le système musculaire est plus développé, et qu'il a subi moins d'altération par le fait des maladies : aussi, elle est lente à se manifester dans la mort par empoisonnement, apoplexie, hémorrhagie, blessures du cœur, décapitation, section ou destruction de la moelle, notamment dans la mort par asphyxie, et surtout dans l'asphyxie par le charbon. Elle survient beaucoup plus tôt à la suite des maladies chroniques, des fièvres adynamiques et ataxiques, de la phthisie, du scorbut, etc.

Ordre de développement. — Selon Nysten, l'ordre dans lequel elle se développe est le suivant : elle apparaît au tronc et au cou, s'étend de là aux membres abdominaux, et ensuite aux membres thoraciques; elle disparaît dans le même ordre. Cet ordre implique contradiction avec le fait précédemment énoncé

par cet auteur, savoir : *que la rigidité ne se manifeste qu'après l'extinction de la chaleur animale*, car il est évident que le tronc conserve le plus long-temps la chaleur ; cette contradiction a été reproduite par tous les auteurs qui ont écrit sur la médecine légale ; il serait nécessaire de faire de nouvelles recherches à ce sujet afin de donner une solution définitive de la question. Pour nous, nous pensons que ce développement de la rigidité n'est pas nécessairement lié à l'extinction de la chaleur, et nous sommes porté à rejeter l'assertion de Nysten à cet égard.

Durée de la rigidité. — La durée de la rigidité est en général soumise aux mêmes lois qui modifient l'époque de son développement ; ainsi elle dure d'autant plus long-temps qu'elle est survenue plus tard. L'atmosphère dans laquelle le corps se trouve placé influe sur elle d'une manière notable ; l'air sec et froid l'entretient pendant un temps plus long ; elle persiste peu dans un air chaud et humide ; en sorte que c'est en hiver et pendant la saison des gelées qu'elle tarde le plus à disparaître. Sa durée moyenne est de 24 à 36 heures. Nysten l'a vue se prolonger pendant 7 jours, dans un cas d'asphyxie par le charbon ; mais elle n'avait commencé que 16 heures après la mort. La paralysie des muscles n'est pas un obstacle à son développement.

Enfin, c'est un phénomène constant chez l'homme et chez les animaux ; car Laënnec l'a observé chez les écureuils, les chauves-souris, les oiseaux, les grenouilles, les poissons, les mollusques, les vers, les crustacés et les insectes.

Quelques médecins pensent encore aujourd'hui que la rigidité ne se développe pas constamment ; ils croient qu'elle peut manquer chez des personnes affaiblies par une maladie longue et douloureuse, ainsi que dans la vieillesse fort avancée. Ce qui réfute suffisamment cette manière de voir, ce sont les recherches de Louis, qui ont toutes été faites dans un hospice consacré à la vieillesse et aux infirmités des femmes. Or, ce savant chirurgien ne l'a jamais vu manquer, et pourtant ses observations portent sur plus de 500 sujets. Nysten a fait remarquer que si Bichat n'avait pas trouvé la rigidité dans quelques cas d'asphyxie par le charbon, cela tenait à ce qu'il

ne les avait pas observés pendant un temps assez long, attendu qu'elle se développe toujours fort tard dans ce genre de mort.

Moyens de reconnaître et de constater la rigidité. — Nous terminerons ces considérations sur la rigidité en donnant les moyens de la distinguer d'avec la congélation ou avec l'état convulsif des muscles. Quand on saisit un membre et qu'on parvient à vaincre, à l'aide d'un effort, la roideur cadavérique, l'articulation présente aussitôt un état de souplesse tel, que la moindre force suffit pour renouveler la flexion; *toute roideur a disparu une fois qu'elle a été vaincue.* Si au contraire la rigidité du membre est l'effet d'un état convulsif, cet état reprend toute son énergie du moment que la puissance qui l'a vaincue cesse de s'exercer. Quant à la congélation, comme elle consiste dans l'accumulation de petits glaçons, dans les vacuoles du tissu cellulaire, il suffit de plier un membre pour briser ces cristaux : opération qui ne peut s'exécuter sans produire un bruit analogue au cri de l'étain.

Putréfaction.

Le second signe certain de la mort est la putréfaction. Elle se reconnaît 1° à la coloration bleuâtre, verdâtre ou brunâtre de la partie qu'elle affecte; 2° au ramollissement des tissus; 3° à l'odeur particulière qu'elle développe. Ce caractère ne peut être confondu qu'avec une contusion violente suivie d'ecchymose, ou bien avec un état gangréneux. Mais dans les contusions il n'y a pas d'odeur putride; dans la gangrène, il est vrai, une odeur forte existe avec ramollissement plus ou moins prononcé des tissus dans quelques cas, mais cette odeur n'a aucune analogie avec celle de la putréfaction. D'ailleurs la gangrène est le plus souvent limitée et circonscrite; la putréfaction, au contraire, n'a pas de limites aussi tranchées. Ajoutons que la putréfaction se développe primitivement et dans les cas les plus ordinaires sur des parties du corps où il est rare de rencontrer la gangrène. Ainsi, c'est le plus souvent par le tronc, le cou ou la tête qu'elle débute; tandis que la gangrène affecte principalement les membres. Le

cas où la gangrène pourrait le plus simuler la putréfaction serait celui où elle se manifesterait au centre d'une contusion violente, parce qu'alors ses limites seraient peu tranchées, et que les diverses nuances de coloration qui accompagnent les contusions simuleraient celles que l'on rencontre quelquefois dans la putréfaction.

Louis a établi à ce sujet des différences que nous croyons devoir reproduire ici, et qui nous paraissent bien suffisantes pour distinguer la putréfaction, de la gangrène. « Jamais, dit-il, la gangrène sèche n'a eu lieu chez un corps mort, parce qu'il n'y a dans un mort ni la chaleur ni l'action des vaisseaux par laquelle les sucs se durcissent et deviennent, avec les solides, une masse homogène qui forme la croûte solide que nous appelons escarre. La putréfaction qui attaque les morts est toujours une gangrène humide ; c'est une espèce de dissolution. Mais cette gangrène est bien différente de celle qui attaque les parties d'un corps vivant. Dans ce cas-ci, on voit une tuméfaction, une tumeur et une rougeur inflammatoires qui séparent le mort du vif; la peau se détache de la plaie et produit des vésicules remplies de sérosité : dans les morts, au contraire, il n'y a ni tension ni rougeur; l'épiderme se ride; la peau est d'abord pâle, elle devient d'une couleur grisâtre ; elle prend après des nuances plus foncées ; elle devient d'un bleu qui tire sur le vert, et ensuite d'un bleu noirâtre qu'on aperçoit à travers la peau, qui prend enfin elle-même cette dernière condition. »

Absence de contraction musculaire sous l'influence d'agents galvaniques ou de stimulants directs.

Les deux signes précédents ne paraissant pas à certains médecins des moyens assez certains pour constater la mort, on a conseillé de s'assurer du décès à l'aide de diverses épreuves dont la principale et la plus certaine dans ses résultats est la suivante, qui constitue selon nous *le troisième signe certain de la mort*. Mettez à nu un muscle, à l'aide d'une *petite incision* pratiquée sur une partie d'un membre, où cette blessure

ne puisse avoir aucune suite fâcheuse. Piquez le muscle avec l'extrémité d'un instrument aigu, et mieux encore servez-vous d'un stimulant galvanique ou électrique. S'il ne se manifeste aucune contraction dans le muscle, la mort est alors certaine; si au contraire la contraction du muscle est sensible, ce n'est pas une preuve de vie, mais il n'y a pas certitude de la mort.

Il est d'observation que les muscles possèdent encore après la mort et pendant un certain temps, variable suivant des circonstances que nous allons faire connaître, la propriété de se contracter. Cette propriété persiste peu dans les muscles de la vie organique; elle dure beaucoup plus long-temps dans ceux de la vie animale. Bichat et Nysten ont fait de son étude l'objet de recherches nombreuses. Des expériences analogues aux leurs ont été répétées en Angleterre sur des suppliciés par strangulation, avec des agents électriques très puissants. En France, l'Institut a créé dans son sein une commission qui avait Hallé pour rapporteur, et qui a répété les expériences de Nysten, à la Faculté de médecine de Paris, sur des lapins et sur des cabiais. Il résulte des recherches de Nysten, que la contractilité s'éteint dans les parties, dans l'ordre suivant. Elle dure peu de temps, dans le ventricule aortique du cœur; 45 minutes dans les intestins de l'estomac; un peu plus long-temps dans la vessie; 1 heure dans le ventricule pulmonaire du cœur; 1 heure 1/2 dans l'œsophage, et 1 heure 3/4 dans les iris. Viennent ensuite les muscles du tronc, puis ceux des membres abdominaux, puis ceux des membres thoraciques; enfin, l'oreillette droite du cœur, circonstance qui infirme cette proposition générale, que la contractilité s'éteint beaucoup plus vite dans les muscles de la vie organique que dans ceux de la vie animale. Ces faits ont été observés sur sept suppliciés qui avaient eu la tête tranchée.

Hallé et Nysten ont prouvé en outre que l'air humide et chaud, le gaz ammoniac, la vapeur du charbon et l'acide sulfhydrique surtout (hydrogène sulfuré), diminuaient singulièrement la durée de cette propriété, et qu'elle n'était pas notablement influencée par les gaz bicarbure d'hydrogène (hydrogène bicar-

boné), chlore et acide sulfureux, non plus que par la privation d'air au moyen de la strangulation et de l'immersion.

Sans avoir répété les expériences de Hallé, nous ferons observer qu'il paraît surprenant que la vapeur du charbon diminue la contractilité musculaire. En effet, cette contractilité cessant toujours au moment où la rigidité apparaît, et la roideur cadavérique ne survenant que très tard dans les cas d'asphyxie par la vapeur du charbon, il est étonnant qu'une propriété vitale en laquelle semble résider la roideur cadavérique disparaisse dans un cas où la vie organique se prolonge beaucoup plus tard que dans tout autre genre de mort.

Il était curieux de rechercher quel genre d'influence les maladies pouvaient exercer après la mort sur la contractilité des muscles. C'est ce qu'a fait Nysten en expérimentant sur quarante cadavres appartenant à des malades qui avaient succombé à l'hôpital de la Charité. Il résulte de ses observations que la rigidité s'éteint au bout de 2 heures 45 m., dans la péritonite; qu'elle dure de 3 à 6 heures dans la phthisie, le squirrhe et le cancer; 9 heures dans les hémorrhagies et les blessures du cœur; 12 heures dans l'apoplexie avec paralysie; 10 à 15 heures dans les fièvres adynamiques; 13 à 15 heures dans la pneumonie; et qu'elle varie enfin entre 5, 15, 20 et 27 heures, dans les anévrismes du cœur, avec ou sans hydrothorax. Quoique les diverses maladies soient ici spécifiées, il ne s'ensuit pas que ces résultats doivent toujours se représenter de la même manière; mais ce sont des données curieuses dont il est important de tenir compte. Il est bon de noter qu'il s'agit ici de la contractilité des muscles extérieurs du tronc et des membres.

Pour donner une idée de la force de contraction que les muscles possèdent, quelques instants après la mort, lorsqu'ils sont stimulés puissamment, nous citerons l'expérience suivante qui a été faite en Angleterre. On fit fléchir l'avant-bras sur le bras d'un cadavre de pendu; on opéra une décharge électrique sur les muscles extenseurs de l'avant-bras, et plusieurs hommes qui retenaient ce membre dans la flexion, furent

renversés par la contraction musculaire qui amena l'extension de cette partie.

Tels sont donc les trois moyens que possède la science pour s'assurer d'un décès réel. — Recherchons si ces moyens suffisent pour atteindre ce but dans tous les cas.— Avant d'arriver à cet examen, il faut que l'on sache que les premiers temps qui suivent l'extinction de la vie peuvent être divisés en quatre *époques* distinctes.

1re *époque*. La chaleur existe, toutes les parties du corps sont dans un état complet de collapsus.

2e *époque*. La rigidité cadavérique s'est manifestée, et la chaleur coïncide ou ne coïncide pas avec elle.

3e *époque*. Les parties molles sont dans un état complet de collapsus; la chaleur est éteinte.

4e *époque*. La putréfaction existe.

Dans la première période, il est impossible de déclarer la mort réelle, à moins que les muscles, mis à nu, ne se contactent plus sous l'influence d'un stimulant.— Dans la seconde, la mort sera certaine si l'on parvient à constater l'existence de la rigidité, chose toujours facile. — Dans la troisième, la mort est certaine, si un muscle, étant mis à nu, ne se contacte plus sous l'influence d'un stimulant. — Quant à la quatrième, elle ne peut être l'objet d'un doute du moment que la putréfaction est constatée.

Mais ces époques ont des limites plus ou moins étendues : ainsi, la première persiste rarement au-delà de 20 heures, et peut n'avoir que 1/4 d'heure ou une 1/2 heure de durée; la deuxième peut se prolonger pendant 7 jours, mais le plus souvent elle ne dépasse guère 48 à 72 heures, et quelquefois 2, 3 ou 4 heures seulement; la troisième est aussi très variable : ainsi, en hiver, elle peut durer pendant 5, 6, 7 et 8 jours. Et si actuellement, ayant égard à ces données approximatives, on veut supposer le cas d'un individu qui, pendant l'hiver, aura succombé à l'asphyxie par le charbon, et attendre, pour constater le décès, que la putréfaction soit survenue, ainsi que le pensent encore quelques médecins de nos jours, on verra qu'il faudrait garder le corps près de 15 jours pour autoriser

l'inhumation. Aussi cette opinion est-elle exagérée et inadmissible. Des hommes d'une grande autorité en médecine légale ont été plus loin, et ont avancé qu'un commencement de putréfaction ne suffit pas pour affirmer que la vie a cessé, puisqu'on a vu des personnes se rétablir dans l'espace de quelques heures, quoique la peau fût couverte de taches violettes, qu'elle répandît une odeur infecte, etc. (Orfila, *Leçons de médecine légale*, t. II, p. 31, 3e édit.) Je ne connais pas d'exemples de ce genre, et je crois que si les faits étaient énoncés avec plus de détails et plus de précision, ils ne feraient pas exception. Comment, d'ailleurs, concilier cette manière de voir avec ce qu'a écrit M. Orfila (*Traité des exhumations juridiques*, tome II, page 221) : « Quelque similitude qu'il puisse y avoir, dans certains cas, entre la gangrène et les produits de la putréfaction, il est difficile de se méprendre quand la gangrène est sèche, et même toutes les fois qu'il y a escarre; dans les autres cas, la circonscription plus ou moins marquée du mal, l'aspect particulier de la partie gangrenée, l'état des vaisseaux qui s'y rendent et qui sont obstrués par des caillots un peu desséchés, aideront à établir la distinction. »

La putréfaction suit toujours une marche régulière dans son développement, à moins que l'individu ne succombe à une maladie chirurgicale, comme, par exemple, à une gangrène d'un membre, à un abcès profond : car alors elle se manifeste d'abord dans la partie malade. Mais du moment qu'elle survient à la suite de tout autre genre de mort, elle envahit constamment l'abdomen, et la poitrine en premier lieu. Quel est d'ailleurs le médecin qui ne reconnaîtrait pas la putréfaction! Il faudrait qu'il n'eût jamais vu un cadavre.

Une autre objection pourrait être faite. La putréfaction, dira-t-on, peut survenir pendant la vie. Oui, la putréfaction peut affecter les produits morbides qui ne sont plus sous l'influence de la vie, quoique ces produits appartiennent à un individu vivant; mais alors la putréfaction est limitée à la partie affectée. Nous pensons donc que c'est à tort que l'on a considéré la putréfaction comme n'étant pas, *dans tous les cas*, un signe de mort, et que l'on a admis par conséquent qu'il n'existe pas

de signe certain de la mort. Nous le répétons, le médecin peut être appelé à constater la mort à quatre époques distinctes. Dans la première, il peut y avoir doute : il doit attendre, car il n'est pas nécessaire de pratiquer une incision pour mettre un muscle à nu, lorsque dans quelques heures on pourra éviter cette opération. Dans la seconde, il y a rigidité : donc la certitude de mort existe. Il en est de même de la troisième et de la quatrième, où il y a, dans l'une, souplesse du corps, refroidissement et absence de contraction musculaire, et dans l'autre, putréfaction.

Signes équivoques de la mort.

On a donné beaucoup d'autres caractères propres à reconnaître la mort, mais ils sont loin d'offrir la certitude de ceux que nous venons de décrire; leur ensemble ne peut, tout au plus, que confirmer la manière de voir du médecin légiste; aussi nous bornerons-nous à une énumération raisonnée et fort courte. Ces caractères sont les suivants :

1° *Perte des facultés intellectuelles.* De nulle valeur, puisqu'elle coïncide avec un grand nombre d'affections morbides, et qu'elle peut exister indépendamment de la mort.

2° *Face cadavéreuse.* A ce sujet, on a décrit le facies hippocratique, qui est propre aux fièvres adynamiques, typhoïdes, et au choléra : front ridé, aride; yeux caves; nez pointu, bordé d'une couleur noirâtre; tempes affaissées, creuses et ridées; oreilles retirées en haut; lèvres pendantes; pommettes saillantes; menton ridé et racorni; peau sèche, livide, plombée; poils des cils parsemés d'une sorte de poussière d'un blanc terne; il en est de même de ceux des narines; visage d'ailleurs contourné et quelquefois méconnaissable. Rien de plus variable que l'aspect de la face après la mort. On en trouve facilement la raison dans la rigidité, qui conserve presque constamment à la figure les impressions qu'elle a reçues de la pensée dans les derniers moments de la vie.

3° *Refroidissement du corps.* Phénomène constant, il est vrai, après une époque plus ou moins rapprochée de la mort,

mais qui peut exister à un degré presque aussi élevé dans quelques affections nerveuses, et principalement dans la dernière période de l'hystérie. Le refroidissement du corps est presque toujours entier au bout de quinze à vingt heures. Il dépend : A. du genre de mort auquel l'individu a succombé. Ainsi, il survient beaucoup plus tôt dans les maladies chroniques, les hémorrhagies, l'asphyxie par submersion, que dans les maladies aiguës, l'apoplexie et l'asphyxie par le charbon; B. de l'obésité : il est en raison inverse du développement de cet état; C. de l'âge; plus prompt chez les vieillards que chez les enfants et chez les adultes; D. de la quantité de calorique que le corps contient au moment de la mort. Ainsi, dans certaines affections le corps est déjà presque froid au moment de la mort, l'inverse a lieu dans les morts subites; E. du milieu dans lequel le corps se trouve placé. Ainsi, une personne qui mourrait dans un bain chaud et qui y resterait jusqu'au refroidissement complet du corps, se maintiendrait pendant plus long-temps à une température élevée que si elle était exposée à l'air libre.

4° *La décoloration de la peau.* Ce phénomène n'accompagne pas constamment la mort, car, dans l'asphyxie par le charbon, la peau offre souvent une teinte rosée uniforme qui est très prononcée; cette teinte varie d'ailleurs en raison de l'état de plénitude ou de vacuité du système capillaire général.

5° *La perte de transparence de la main et des doigts.* Phénomène qui se constate en rapprochant les doigts les uns des autres, et en plaçant la main du cadavre entre l'œil et une lumière, et en observant si elle présente de la diaphanéité.

6° *Le relâchement du muscle coccygio-anal.* On a attaché beaucoup d'importance à ce signe, or il n'existe que peu prononcé pendant la durée de la rigidité.

7° *L'affaissement des yeux.* Ce caractère est commun à quelques maladies, telles que les fièvres typhoïdes; il est d'ailleurs inconstant, car dans un assez grand nombre de cas les yeux des cadavres sont brillants; ou bien, après avoir été affaissés, ils redeviennent saillants par le fait de la putréfaction, ainsi que l'ont démontré les expériences de Chaussier, qui consistaient à introduire des mélanges fermentescibles dans l'estomac, à l'aide

desquels on développait à volonté ce phénomène. Winslow et Verdier rapportent à ce sujet le dire des femmes du peuple du Danemarck et de Nantes : Voilà qui est fini, les yeux sont crevés; il n'y a plus d'espérance, le larmier est rompu.

8° *La formation d'une toile glaireuse très fine sur la cornée transparente.* Ce caractère a été l'objet d'un grand nombre d'observations de la part de Louis; il y a même attaché beaucoup d'importance, surtout lorsqu'il l'a trouvé réuni à l'affaissement des yeux. « Il n'y a, dit-il, aucune maladie, aucune révolution dans le corps humain vivant, qui soit capable d'opérer un pareil changement. Ce signe est vraiment caractéristique et j'ose le donner comme indubitable. » (*De la Certitude des signes de la mort*, page 156.) Winslow et Verdier ont émis la même manière de voir. Quoique ce signe accompagne très souvent la mort, il peut aussi se rencontrer durant la vie. J'ai eu l'occasion de le constater d'une manière évidente trois jours avant la mort d'un enfant, qui a succombé à une arachnitis. Il est vrai de dire qu'il n'y avait pas affaissement des yeux.

9° *L'immobilité du corps.*

10° *Le défaut de redressement de la mâchoire inférieure après qu'elle a été abaissée avec force.* Ce caractère donné par Bruhier est mauvais sous tous les rapports; d'abord parce que ce phénomène peut se rencontrer dans la syncope, ensuite parce que, dans quelques cas, la mâchoire pourrait peut-être se redresser par un reste de contractilité de tissus; et qu'enfin dans beaucoup d'autres, au lieu d'être fermée, la bouche est béante; il est alors impossible de le constater.

11° *L'absence de la respiration et de la circulation.* Un seul fait suffira pour préciser la valeur que l'on peut attacher à ce signe.

Le colonel Towunshend, malade depuis fort long-temps, fait appeler les docteurs Cheyne et Baynard, ainsi que Shrine, son pharmacien, pour être témoins de l'expérience la plus singulière, celle de mourir et de renaître en leur présence. Ils viennent ; le colonel se couche sur le dos; Cheyne palpe l'artère radiale, Baynard applique sa main sur la région du cœur, et Shrine présente un miroir à la bouche. Un moment s'est écoulé et déjà il n'y a plus de respiration, de battement d'artère ni de battement du cœur. La glace n'est plus ternie. Une demi-heure se

passe, et les spectateurs sont sur le point de se retirer, persuadés que le malade est victime de son expérience, lorsqu'ils aperçoivent un léger mouvement respiratoire; les battements de l'artère radiale reviennent par degrés, et le malade a repris connaissance; le colonel appelle ensuite son notaire, fait faire un codicille à son testament, et meurt très paisiblement huit heures après. Haller a cité des exemples d'individus qui pouvaient suspendre à volonté la respiration et la circulation.

12° Enfin M. Villermé a proposé il y a cinq ans (*Annales d'hygiène*) un nouveau signe de la mort. Il consiste à trouver le pouce fléchi et enveloppé par les autres doigts, placés aussi dans la flexion. Nous avons vérifié par de nombreuses observations quelle pouvait être la valeur de ce signe, et nous pouvons assurer qu'il n'est pas constant; qu'il accompagne tous les cas de mort dans lesquels il y a serrement de la main, contraction des fléchisseurs des doigts dans les derniers moments de la vie, et qu'il est un effet naturel de cette flexion; mais que, comme dans beaucoup de cas, la mort survient sans entraîner ces mouvements presque convulsifs; le pouce est alors aussi relevé que les doigts sont tendus; en sorte que ce signe de mort pourra souvent manquer ou exister à un degré plus ou moins prononcé.

ÉPREUVES PROPRES A CONSTATER LA RÉALITÉ DE LA MORT.

Les auteurs ne se sont pas bornés à l'observation de signes propres à caractériser la mort, ils ont encore conseillé des épreuves que nous allons exposer succinctement :

1° *Placer devant la bouche un miroir, des corps légers ou la flamme d'une bougie;*

2° *Mettre sur le cartilage de la dernière côte un verre rempli d'eau* (Winslow). La première expérience n'a pas besoin de commentaires; quant à la seconde, la respiration pouvant s'exercer par le diaphragme seul, sans que les côtes exécutent aucun mouvement, on voit qu'elle devient de nulle valeur dans ces cas.

3° *Les excitants sur les membranes muqueuses*, tels que les fumigations, l'ammoniaque, les lavements de tabac; les stimulants sur la peau, comme des vésicatoires.

Les caustiques, les moxas, ou bien des scarifications superficielles et même profondes, l'huile bouillante; enfin le fer rouge appliqué à la plante des pieds. Lancisi cite des individus

qui n'avaient pas donné de signe de vie par les remèdes les plus violents, employés contre un assoupissement léthargique, et qui en manifestèrent sous l'influence de ce dernier moyen. (Prevot, médecin de Padoue, regardait ce moyen comme le meilleur de tous ceux qu'on pouvait employer en pareil cas.) Néanmoins, il est encore impuissant dans certaines circonstances, témoin les exemples suivants :

Un soldat, attaqué d'une paralysie au bras gauche, était privé du sentiment ; mais ce bras avait conservé sa force et tous ses mouvements. L'insensibilité était telle que ce soldat leva avec sa main gauche le couvercle d'un poêle de fer presque rougi par la violence du feu qui y était allumé, et le posa tranquillement par terre. Les téguments, les tendons des fléchisseurs des doigts et leur gaîne furent brûlés ; la gangrène qui survint à la plaie ayant obligé de faire plusieurs incisions, le malade ne donna aucun signe de douleur. (*Observation communiquée à l'Académie royale des sciences.*)

M. Foderé rapporte l'exemple d'un homme de trente-six ans qui fut apporté à l'hôpital de Martigues en 1809, et dont l'épouse trouvant trop lents les moyens dont on avait fait usage, appliqua pendant la nuit, sur l'épaule paralysée de son mari, une rouelle brûlante de gayac, puis l'abandonna à son sort. L'odeur de linge brûlé qui se manifesta quelques heures après, ayant attiré l'attention des infirmiers, ils trouvèrent les draps de lit consumés, ainsi qu'une partie de la chemise du malade ; son bras et son épaule à demi brûlés, et cependant il n'avait pas été retiré de son sommeil apoplectique. Quand les symptômes de l'affection cérébrale furent dissipés et que le malade eut recouvré l'usage de la raison, il n'éprouva pas de douleur. La brûlure employa trois mois à se guérir, et il n'en conserva pas moins son hémiplégie.

4° *Nysten a engagé à mettre un muscle à nu ; à le soumettre à l'action de la pile*, et *à observer s'il se contractait encore;* s'il n'y a plus de contraction, c'est une preuve certaine de la mort. Nous avons fait connaître la valeur de ce moyen. (Voy p. 128.)

5° *Enfin on a été jusqu'à proposer de mettre le cœur à nu* et d'introduire le doigt dans la plaie, afin de sentir si le cœur exécute encore quelques mouvements ! !

MALADIES QUI PEUVENT SIMULER LA MORT.

Rappelons actuellement les maladies qui peuvent simuler la mort. *L'apoplexie.*

Amatus Lusitanus rapporte l'histoire d'une jeune fille de Ferrare que tout le monde crut morte d'apoplexie. Sa mère, qui la chérissait, en fit retarder la sépulture, et sa tendresse fut récompensée par le retour de la malade à la vie, le troisième jour de la mort apparente. — Zacutus Lusitanus cite un individu frappé d'apoplexie depuis vingt-

quatre heures, dont le corps déjà froid fut placé dans un linceul, et déposé à terre jusqu'à la cérémonie funèbre. Mais, pendant qu'on le transportait au lieu de la sépulture, on entendit un bruit sourd dans le cercueil; il fut ouvert, et des soins éclairés rappelèrent le malade à la vie.

L'asphyxie. Ambroise Paré est appelé, le 10 mars 1575, pour faire le rapport de deux hommes réputés morts. « Ils n'avaient aucune apparence de pouls; une froideur universelle s'était emparée d'eux, ils avaient la peau livide; on les pinçait et on leur tirait rudement le poil sans qu'ils le sentissent. » Paré, déterminé principalement par la face *teinte de couleur plombine*, s'informa si ces hommes n'avaient pas été exposés à la vapeur du feu de charbon. On en trouva en effet sous la table, une grande terrine, à demi brûlé. On administra à ces deux hommes les remèdes convenables à leur état, et on leur sauva la vie.

La catalepsie, l'épilepsie, l'hystérie, peuvent aussi simuler la mort. Ambroise Paré rapporte qu'un célèbre chirurgien fut appelé pour ouvrir le corps d'une personne de distinction qui avait succombé à une *suffocation de matrice ;* au deuxième coup de rasoir que le chirurgien lui donna, cette femme revint à la vie. Il ajoute : « Je laisse à penser au lecteur comme ce grand seigneur, faisant cette œuvre, fut en grande perplexité. » Tout le monde connaît l'histoire de l'abbé Prevost, que l'on trouva privé de sentiment et de mouvement dans la forêt de Chantilly : on le crut mort ; un chirurgien procéda à l'autopsie par une large ouverture au ventre ; Prevost jeta un cri, et ne revint à la vie que pour sentir l'horreur du genre de mort auquel il allait succomber. Vésale a commis la même erreur à l'égard d'une femme.

Enfin, rien ne simule mieux la mort que les lipothymies. Ici, absence de respiration, de circulation, de coloration, de chaleur, et cet état peut cependant se prolonger pendant un temps fort long. Le cas rapporté par Rigaudeaux doit être gravé dans la mémoire de tous les médecins.

En 1745, Rigaudeaux est appelé, à cinq heures du matin, pour accoucher une femme aux environs de Douai. Il ne peut s'y rendre qu'à huit heures et demie; on lui dit que l'accouchée est morte depuis deux heures, et qu'on n'a pas pu trouver un chirurgien pour pratiquer l'o-

pération césarienne. Il apprend que, depuis quatre heures la veille, cette femme avait commencé à sentir les douleurs de l'enfantement ; que pendant la nuit, la violence des douleurs avait causé des faiblesses et des convulsions ; qu'à six heures du matin un état spasmodique des plus violents avait anéanti ce qui restait de force à cette malheureuse. Elle était déjà ensevelie ; Rigaudeaux demande à la voir. Il tâte le pouls au bras, au-dessus des clavicules ; palpe le cœur : point de battements. Il présente un miroir à la bouche, la glace n'est pas ternie ; un heureux pressentiment l'engage à porter la main dans l'utérus ; l'orifice de cet organe est dilaté ; la poche des eaux n'est pas percée, il la déchire ; il sent la tête de l'enfant dans une bonne position ; il introduit le doigt dans la bouche de l'enfant qui ne donne pas signe de vie. Il va chercher les pieds, et termine l'accouchement. Il confie l'enfant à des femmes qui s'empressent de le réchauffer et de le frotter avec du vin chaud. Trois heures de soins assidus allaient le faire abandonner, lorsque l'une des personnes présentes s'écrie qu'on lui a vu ouvrir la bouche. Aussitôt le zèle est ranimé, et en peu de temps l'enfant jette des cris aussi forts que s'il fût né heureusemeut. Rigaudeaux veut de nouveau visiter la mère, que l'on avait encore ensevelie et même *bouchée*. On ôte de nouveau l'appareil funèbre ; il la croit morte comme auparavant ; cependant il est surpris qu'après sept heures de mort, les membres *conservent encore leur souplesse*. Il repart pour Douai ; mais il recommande sur toutes choses de ne procéder à l'inhumation que lorsque les membres de la morte seraient devenus roides. Il prescrit aussi de lui frapper de temps en temps le creux des mains, de lui frotter le nez, les yeux, le visage avec du vinaigre, et de la tenir dans son lit. Deux heures de ces soins ressuscitèrent cette femme, et le 10 août 1748 la mère et l'enfant étaient tous deux pleins de vie ; mais la mère était restée paralytique, sourde et presque muette.

Ce sont ces faits qui, beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense, avaient fait désirer, à une époque où l'étude de la mort n'était pas aussi complète qu'aujourd'hui, que l'inhumation n'eût lieu qu'après soixante ou soixante-douze heures.

CHAPITRE V.

MOYENS DE DÉTERMINER L'ÉPOQUE DE LA MORT.

Extinction de la chaleur. — Rigidité cadavérique. — Diminution du volume du corps. — Diminution de poids. — Lividités cadavériques. — Vergetures. — Phénomènes hypostatiques.

Les caractères propres à faire connaître l'époque de la mort ne peuvent être puisés que dans le développement successif de tous les phénomènes que présente le corps de l'homme, depuis le moment de la mort jusqu'à celui où il est réduit à l'état terreux. Nous pensons qu'il faut d'abord établir deux périodes principales dans la succession de ces phénomènes : la première comprenant l'intervalle de temps qui s'écoule depuis la mort jusqu'au développement des phénomènes putrides, la seconde depuis l'apparition de ces derniers jusqu'à la fin de la putréfaction. Certes, ces temps sont loin d'être égaux ; mais comme, dans la presque totalité des cas, c'est peu de temps après la mort que le médecin est appelé à résoudre la question qui nous occupe, et que d'ailleurs la putréfaction est une opération composée de phénomènes qui s'enchaînent et se succèdent les uns aux autres, nous avons cru devoir établir cette distinction.

Première période. — Elle comprend 1° l'extinction de la chaleur, 2° le développement de la rigidité cadavérique, 3° la diminution de volume du corps, 4° la diminution du poids du corps, 5° le retour des solides et des liquides de l'économie à l'empire des lois physiques communes à tous les corps.

Extinction de la chaleur. — La respiration et les fonctions de la vie, seules sources de la chaleur animale, ayant cessé, le corps se met peu à peu en équilibre avec tout ce qui l'environne. Le refroidissement est plus ou moins rapide, suivant la nature, la température et la densité du milieu où le corps se trouve, et le genre de mort auquel l'individu a succombé. Tou-

tefois, les causes de déperdition du calorique qui existent pendant la vie ne sont plus aussi nombreuses; le rayonnement et la conductibilité sont les seuls agents du refroidissement, en sorte que le refroidissement serait beaucoup plus rapide durant la vie, si par la pensée on venait à soustraire les causes puissantes de production de la chaleur. C'est à cette déperdition de calorique qu'il faut attribuer ce froid glacial qui impressionne si désagréablement les personnes qui n'ont pas l'habitude de toucher des cadavres. La température du corps est la même que celle des objets qui nous environne; mais, comme la peau a une grande densité, elle soustrait à la main une somme de calorique plus grande, augmentée encore par l'idée de mort qui vient s'ajouter à la sensation perçue.

Rigidité cadavérique. — Jusqu'à ce moment, le cadavre a conservé les formes généralement arrondies qu'il présentait au moment de la mort; mais aussitôt que *la rigidité* s'est développée, cette uniformité disparaît; elle est remplacée par les saillies musculaires, de manière à figurer un état d'apparence plus ou moins *athlétique*. C'est alors que la physionomie exprime les dernières impressions que le cerveau a reçues dans les derniers instants de la vie. Que l'on observe plusieurs hommes accusés et convaincus du même crime: celui qui pendant les débats aura montré cette férocité qui est propre au criminel endurci, et qui l'aura conservée jusqu'au moment de la mort, la présentera encore sur sa figure lorsque la rigidité cadavérique se sera emparée de ses traits. Parcourez les amphithéâtres des hôpitaux, et vous verrez sur la physionomie des cadavres, ici, l'expression de la souffrance d'une longue agonie; là, celle d'une mort calme et douce. Voyez les gens qui succombent à l'ivresse, principalement pendant l'hiver, époque pendant laquelle la rigidité est plus forte et se conserve plus long-temps: vous les distinguerez *à priori*, rien qu'à l'inspection de la figure. J'en dirai autant de l'attitude du corps, surtout lorsque le refroidissement est rapide. Et quoique, dans un grand nombre de cas, les membres thorachiques, au moment de la mort, tombent sur les côtés du corps, sous l'influence de l'état de collapsus qui

accompagne cet instant ; dans beaucoup de circonstances, cependant, leur situation est telle qu'elle peut éclairer sur les causes de la mort : ainsi, dans un cas de suicide par arme à feu, j'ai trouvé le bras droit et la main encore en regard de la tête où le coup de pistolet avait été tiré. J'ai vu un homme qui était mort d'asphyxie, après s'être endormi sur un four à chaux : le bras gauche était relevé et appuyé sur le front, le droit demi-fléchi sur le ventre, la figure portant l'empreinte du sommeil. Chez presque tous les suicides par suspension, on trouve l'air hébété de l'homme qui perd peu à peu connaissance sous l'influence d'un engorgement des vaisseaux du cerveau, et qui meurt sans douleur ; tandis que le facies des personnes pendues par *le supplice* de la corde offrait la physionomie douloureuse dont les auteurs ont donné les tableaux les plus hideux. Voici un exemple de mort par ivresse, qui présentait, après la mort, les caractères qui sont propres à cet état pendant la vie. (Voyez encore l'Obs. X, p. 110.)

Obs. XXVIII.—Un homme est trouvé mort sur le bord du canal Saint-Martin ; il est couché sur le dos, le bras droit placé au-dessus de la tête ; le bras gauche demi-fléchi, la main posée sur la poitrine, le coude écarté du corps ; la figure rouge, injectée, les paupières abaissées comme celles d'un homme qui dort ; la physionomie dans le calme le plus profond. Une femme a déclaré l'avoir vu, quelque temps auparavant, marcher comme un homme ivre, paraissant avoir une fiole d'eau-de-vie à la main.

Aucune trace de violence à l'extérieur ; cerveau très fortement piqueté dans sa substance ; les membranes injectées ; un peu de sérosité dans les ventricules. Langue et pharynx sains, cavité du larynx et épiglotte un peu injectées, ainsi que toute l'étendue de la trachée. Poumon droit adhérent dans toute sa surface ; sa substance saine. Poumon gauche un peu gorgé de sang en arrière. Cœur très volumineux à parois flasques ; un peu de sang dans le ventricule gauche ; une assez grande quantité dans le ventricule droit. Les gros vaisseaux, et principalement l'aorte, énormément distendus, et leur membrane interne injectée de vaisseaux capillaires sanguins.

Tous les organes de l'abdomen sont intimement unis par des adhérences celluleuses ; il est impossible de les séparer sans déchirer une partie des membranes des intestins. — L'estomac renferme des débris de pomme de terre et un liquide analogue à de l'eau pour la couleur ; mais il répand *une odeur alcoolique des plus prononcées*.

Diminution dans le volume du corps. — Elle est la conséquence nécessaire du refroidissement du corps ; elle doit être plus sensible dans la graisse que dans les autres tissus, parce

qu'il y existe une grande quantité de liquide ; de là vient qu'elle doit contribuer à dessiner les saillies musculaires que développe surtout la rigidité cadavérique. — *Diminution en poids.* Elle est peu considérable, parce qu'elle ne tire sa source que de l'évaporation qui a pu s'effectuer depuis le moment de la mort jusqu'à celui où on examine le cadavre. Mais on verra plus loin que cette évaporation s'opère non seulement aux dépens de la peau, mais encore du tissu cellulaire sous-cutané, et qu'elle donne lieu à des phénomènes fort remarquables.

Tous les liquides et les solides de l'économie rentrent sous l'empire des lois physiques. — De là résulte la pâleur cadavérique, les vergetures, les lividités cadavériques, la coloration des anses intestinales placées dans des parties déclives, l'engorgement de la partie postérieure des poumons, et celui des vaisseaux qui avoisinent la partie postérieure de la tête.

Des lividités cadavériques et des vergetures. — C'est une recherche très importante à faire que la cause de ces phénomènes. Le décubitus ayant lieu en général sur le dos, tous les liquides, le sang en particulier, abandonnés à leur propre poids, quittent la peau de la région antérieure du tronc, et viennent colorer celle de la partie postérieure. Ils y produisent des taches violacées de diverses formes, qui constituent les *lividités* cadavériques; elles portent le nom de *vergetures*, lorsque ces taches sont traversées par des lignes blanches irrégulièrement situées, qui dépendent des aspérités du sol et des saillies des surfaces sur lesquelles le corps a reposé; ces aspérités compriment la peau et s'opposent à l'abord du sang dans son tissu, d'où résulte son défaut de coloration dans ces points. Le caractère anatomique des vergetures est le suivant : si on incise la peau, on voit l'épiderme incolore, le réseau vasculaire gorgé de sang, figurant une ligne noire de laquelle on peut exprimer du sang; puis les diverses couches qui composent le derme, qui sont blanches. Dans la coloration de la peau par afflux vital du sang, *le tissu du derme est piqueté et injecté par ce liquide.*

Hypostases. — Mais comment le sang passe-t-il de la

partie antérieure du tronc à la partie postérieure? est-ce par imbibition des tissus? ou suit-il au contraire le trajet des vaisseaux, de manière à les parcourir? Cette dernière voie est la seule admissible, car s'il en était autrement, on devrait, à une époque quelconque de la mort, trouver colorés les tissus superposés au réseau vasculaire de la peau, ce qui ne s'observe jamais. C'est une opération qui s'exécute, je crois, dans chaque tissu isolé. Le sang qui se trouve dans la peau parcourt seulement le corps muqueux, où l'on rencontre la coloration lors de l'existence des lividités cadavériques. Il en est de même des poumons ou de tout autre organe de l'économie. — Il résulte de cette manière d'envisager ce phénomène, que la quantité de sang accumulé dans la partie déclive d'un organe donne *seulement une idée* de la quantité de sang que cet organe renfermait pendant la vie, et non pas de la quantité qui existait dans la totalité de l'économie. Les pathologistes tiennent compte, avec beaucoup de raison, de cette stase sanguine dans les poumons et dans la partie postérieure du cerveau, lorsqu'ils veulent juger de l'état inflammatoire des organes qu'ils observent. Le médecin légiste doit faire les mêmes remarques lorsqu'il s'agit de déterminer le genre de mort auquel l'individu a succombé, ainsi que je l'ai fait remarquer à l'égard des morts subites (voyez p. 71). Mais, puisque ces divers effets ne sont autre chose que des phénomènes de la pesanteur, il s'ensuit nécessairement que leur siége est susceptible de varier comme la position que le cadavre aura affectée après la mort, et que les lividités cadavériques et les hypostases pourront par conséquent se rencontrer aussi bien sur les parties latérales ou antérieures du tronc, que sur les parties postérieures, si le corps a été placé sur le côté.

Il est une autre conséquence à déduire de ces altérations. Comme les effets de la stase sanguine sont d'autant plus prononcés que la quantité de sang que renfermait l'organe au moment de la mort était plus considérable, on pourra en tirer des conséquences sur la coïncidence entre la cause présumée de la mort et l'état de ces organes. Ceci est d'autant plus important, que tel organe membraneux, comme une portion du tube

digestif, qui serait uniformément injecté et coloré pendant la vie, pourrait ne plus offrir après la mort que des lividités cadavériques ou une coloration violette dans une étendue assez circonscrite et dans un point déclive de l'organe. Après les *hémorrhagies* qui ont précédé et causé la mort, la peau présente une pâleur remarquable, et cette pâleur se fait observer aussi bien dans les parties déclives du corps, que dans celles qui sont les plus élevées, ainsi que le démontre l'observation suivante d'un sujet que nous avons observé à la Morgue.

Suicide par un rasoir, simulant un homicide.

Obs. XXIX. — Le nommé R..., Noël-Louis-Augustin, âgé de soixante-trois ans, mécanicien, avait conçu les espérances d'une aisance prochaine dont il fut déçu. La gêne extrême dans laquelle il se trouvait, après avoir occupé plusieurs positions honorables, le détermina à attenter à ses jours. Il se rendit au Père-Lachaise, et là il se porta un premier coup de rasoir, immédiatement au-dessus de l'os hyoïde; l'instrument pénétra à onze lignes de profondeur; un second coup de rasoir, dans la plaie résultante du premier, alla jusqu'à vingt-une lignes. Enfin, voyant probablement qu'il s'écoulait encore peu de sang de sa blessure, il se décida à en porter un troisième, qui s'étendit jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, en coupant tous les muscles qui attachent la langue à l'os hyoïde, et il se fit une plaie de deux pouces de profondeur; l'hémorrhagie survint alors, et la faiblesse physique arrêta la force morale qui avait guidé l'instrument.

Etat extérieur du corps. — Pâleur générale de la peau; aucune trace de vergetures ou de lividités cadavériques, même dans les parties les plus déclives du corps.

Description de la blessure. — Qu'on se figure une plaie énorme, située immédiatement au-dessous du menton, ayant deux pouces de profondeur, trois pouces trois lignes de largeur, et un pied juste de circonférence. La peau, l'os de la mâchoire, les glandes sous-maxillaires, tous les muscles qui de l'os hyoïde se rendent à la mâchoire inférieure et à la langue, la langue elle-même, ainsi qu'un espace vide formé par la cavité du pharynx, constituent la paroi supérieure de cette large excavation. L'os hyoïde, une partie des muscles mylo-hyoïdiens et l'épiglotte saillante et relevée, forment sa paroi inférieure. Au fond de la plaie et à son centre, on aperçoit la partie postérieure du pharynx immédiatement appliquée sur la colonne vertébrale; et sur les côtés de la blessure, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens mis à nu et en partie entamés.

Toute cette surface rouge saignante, fortement colorée, contrastant avec la blancheur de l'épiglotte, qui vient saillir de la partie la plus profonde de la plaie.

Les lèvres de cette grave lésion, formées par la peau, présentent de chaque côté et à des profondeurs inégales, deux échancrures superficielles qui font assez connaître que trois coups de rasoir ont été portés.

Tel est l'aspect de cette plaie. Du reste, la figure du cadavre porte

l'empreinte d'une mort calme; les lèvres, un peu écartées, laissent apercevoir une partie des arcades dentaires rapprochées l'une de l'autre, mais sans contraction bien marquée. La langue est renfermée dans la bouche ; elle y occupe sa position ordinaire.

Disséquée avec soin, voici les détails anatomiques que cette blessure nous a offerts :

Côté gauche du col. — La peau enlevée, on aperçoit le peaucier coupé dans la moitié de sa largeur, à un pouce de son insertion à l'os maxillaire ; la glande sous-maxillaire est divisée dans son tiers inférieur ; le muscle digastrique est coupé au voisinage des insertions fibreuses qui le retiennent auprès de l'os hyoïde ; le nerf hypoglosse est à moitié divisé après son passage sous le muscle digastrique ; les filets nerveux qui en partent pour se rendre aux muscles qui entourent l'os hyoïde sont conservés ; la veine jugulaire primitive se divisait bien au-dessous de l'angle de la mâchoire. Les veines jugulaires interne et externe n'ont pas été intéressées, attendu l'obliquité générale de la plaie, qui, dirigée de gauche à droite, a été un peu moins profonde à gauche, et a laissé une partie de la paroi gauche du pharynx, sur laquelle ces vaisseaux étaient accolés. Il en est de même de l'artère carotide primitive, de la carotide externe, de l'artère thyroïdienne supérieure, et de la huitième paire de nerfs. Du reste, les muscles digastrique, génio-hyoïdien, génio-glosse, mylo-hyoïdien, sont coupés juste à leur insertion à l'os hyoïde.

Côté droit de la plaie. — Les muscles que je viens de citer sont divisés un peu plus haut ; le peaucier est entièrement coupé, le sterno-mastoïdien est intéressé en avant dans l'épaisseur de quelques lignes.

La veine jugulaire primitive se divise beaucoup plus haut que du côté gauche. *A l'origine de la veine jugulaire externe, on observe une ouverture de six à sept lignes de longueur, sur quatre lignes de largeur.* Cette blessure intéresse et la veine jugulaire primitive, et la veine jugulaire externe; c'est elle qui a fourni l'hémorrhagie mortelle, car l'artère carotide et ses principales divisions, ainsi que le nerf pneumogastrique de ce côté, sont intacts.

Tous les vaisseaux du col sont *vides ;* il en est de même de la veine-cave supérieure ; les parois de l'oreillette droite du cœur, et même celles du ventricule, sont *affaissées, appliquées sur le ventricule gauche ;* ce qui donne au cœur un aspect peu ordinaire. *Il n'y a pas une goutte de sang* dans le ventricule droit ; le ventricule gauche en contient un peu, mais l'oreillette gauche, l'artère aorte, les artères sous-clavières et carotides primitives, en renferment une quantité notable.

Les poumons sont *blafards, décolorés;* ils recouvrent fortement le péricarde ; en arrière, leur teinte est un peu violacée ; incisés, ils contiennent peu de sang, surtout le poumon droit.

Le larynx, la trachée et ses principales divisions, vus extérieurement, sont d'*un blanc mat.* On trouve à l'intérieur du larynx et de la trachée une nappe de sang coagulé très noir, un peu écumeux à la division de la trachée. Ce sang s'est introduit dans la bronche droite seulement, et a pénétré jusque dans les dernières ramifications de ce conduit. Rien de semblable ne s'observe à gauche ; la bouche, de ce côté, est nette, ne contient pas de traces de mucus écumeux. Tout porte donc à croire que c'est dans les derniers instants de sa vie, si ce n'est même après la mort, et lorsque cet individu succombait couché sur le côté droit, que le sang a pénétré dans les ramifications des bronches.

L'œsophage a une teinte *blafarde* très prononcée, ainsi qu'on le re-

marque chez tous les individus qui périssent d'hémorrhagie ; l'estomac ne contient pas d'aliments, les intestins sont généralement décolorés, le foie et les autres organes abdominaux sont dans l'état ordinaire.

Tête. — Après avoir détaché la voûte du crâne, on aperçoit la surface de la dure-mère parsemée de sang, résultat de la rupture des vaisseaux qui, de cette membrane, se portent aux os. Les vaisseaux de l'arachnoïde sont très gorgés de sang ; la substance cérébrale est fortement piquetée et très consistante.

Dans la mort par asphyxie, on trouve dans les régions *antérieures* du corps une coloration rosée, et quelquefois même violacée, qui existe dans une étendue plus ou moins considérable ; cette coloration ressemble souvent à celle que présentent les lividités cadavériques, mais elle n'a pas le même siége, c'est-à-dire le *tissu muqueux seul* de la peau ; et par conséquent avant de se prononcer sur sa cause, il faut constater cette différence, et rechercher si le corps n'aurait pas reposé après la mort sur le lieu où la coloration existe. Voici un exemple d'asphyxie par le charbon dans lequel ce phénomène est très prononcé.

Obs. XXX. — Le nommé Corbin, Louis, bottier, âgé de vingt-trois ans, a été apporté à la Morgue le 7 mars 1829. Il s'est asphyxié par le charbon la nuit précédente.

A son arrivée, il ne présente pas encore de rigidité dans les articulations des épaules, des avant-bras et des poignets ; les muscles qui avoisinent l'articulation des genoux paraissent seuls rigides. Il est vrai que le cadavre n'est pas encore complétement froid ; *la presque totalité de la région antérieure du tronc est recouverte de plaques rouges très étendues ;* la face est *marbrée de rose, ainsi que la partie antérieure des bras et des cuisses ;* les jambes et les parties latérales du tronc sont blanches ; la bouche est contournée de manière à exprimer la souffrance ; les yeux sont saillants, à demi ouverts. La cornée n'est pas tout-à-fait claire et transparente ; elle résiste à la pression par son élasticité. Toute la peau offre en général *la chair de poule ;* mais cette disposition ne se rencontre que très peu marquée aux avant-bras, aux jambes, aux pieds et aux mains.

Les plaques rouges incisées font voir que cette coloration n'est pas bornée au tissu muqueux, mais qu'elle existe dans toute l'épaisseur de la peau ; il suinte des incisions pratiquées à cette enveloppe une série de petites gouttelettes rouges formées par du sang.

Tête. — Les vaisseaux du cerveau sont injectés, ainsi que les sinus de la dure-mère ; la substance blanche du cerveau est fortement piquetée, surtout dans la partie supérieure de cet organe.

La base de la langue et la membrane muqueuse qui tapisse la partie supérieure de l'épiglotte, sont très roses. Cette coloration est bornée à la membrane muqueuse ; elle ne s'étend pas au tissu de la langue, comme elle était bornée à la peau sans atteindre le tissu cellulaire sous-cutané. La couleur de la membrane muqueuse du larynx est d'un rose un peu moins

vif; *celle de la trachée devient de plus en plus rouge, à mesure que l'on s'approche des bronches, et à dater de sa division elle est très rouge;* les bronches et toutes leurs divisions contiennent une assez grande quantité de sang plastique et écumeux. *En disséquant la trachée extérieurement, on aperçoit une coloration rouge de la portion membraneuse de ce conduit, qui contraste avec la blancheur des cerceaux cartilagineux.* Les poumons volumineux recouvrent peu le péricarde; ils sont d'un *brun noir,* mais principalement en arrière; leur tissu *rouge vif* contient beaucoup de sang que l'on peut exprimer par la pression, même dans leur partie antérieure; cependant ils n'en sont pas aussi gorgés que dans d'autres asphyxiés que j'ai été à même d'observer.

Le cœur est médiocrement volumineux, le ventricule droit et les veines caves laissent écouler une assez grande quantité de sang, *dont une partie est coagulée;* les vaisseaux du col sont médiocrement pleins; le ventricule gauche contient une quantité de sang presque aussi considérable que le ventricule droit, ce qui est rare; l'aorte en renferme aussi.

L'abdomen n'offre rien de remarquable; l'estomac ne contient pas d'aliments; le foie est assez gorgé de sang.

Dans l'asphyxie, les phénomènes hypostatiques sont indépendants de l'injection de la totalité du tissu pulmonaire, et la coloration de ce tissu est encore très prononcée en avant, quoiqu'elle soit très forte en arrière; cette observation est applicable à tous les autres organes, à l'enfance comme à l'âge adulte. — Il est deux colorations particulières que le fœtus peut présenter et qui ne disparaissent pas par le contact de l'air: l'une, rosée, est le fait du degré de l'organisation de la peau qui n'est pas encore assez avancée pour donner à ce tissu l'aspect blanc qu'il a ordinairement; l'autre, d'un rose ou rouge vif, ayant primitivement et principalement son siége à l'abdomen, est le fait de la putréfaction qui survient à la peau lorsque l'enfant meurt et se putréfie dans le sein de sa mère. L'uniformité de coloration du tissu de la peau et des tissus sous-jacents établit une différence tranchée entre ce genre de phénomène et les lividités cadavériques ou la coloration qui accompagne la mort par asphyxie.

Lorsque les divers phénomènes qui suivent immédiatement la mort se sont opérés, les tissus se ramollissent, deviennent flasques, et la putréfaction commence. On peut donc, dans la première période de la mort, établir quatre époques différentes et leur assigner une durée approximative, de manière à permettre de résoudre pour cette période la question de l'époque de la mort.

Première époque. — Elle est caractérisée par la conservation de la chaleur à un degré plus ou moins prononcé et par le relâchement des muscles, soit général, soit partiel. A cette époque les muscles se contractent sous l'influence du fluide électrique et quelquefois même des stimulants les plus simples. *La mort peut dater de deux à vingt heures.*

Deuxième époque. — La chaleur est éteinte et la rigidité cadavérique est développée ; les muscles ne peuvent plus se contracter sous l'influence des stimulants simples ou électriques. *La mort peut dater de dix heures à trois jours.*

Troisième époque. — La chaleur est éteinte ; toutes les parties sont souples ; les muscles ne se contractent plus sous l'influence électrique. La couleur de la peau est naturelle. *La mort peut dater de trois à huit jours.*

Quatrième époque. — Augmentation du volume du corps ; élasticité et rénitence de toutes les parties sous l'influence d'un développement de gaz. Aucune contraction par les stimulants galvaniques ; teinte verdâtre de l'abdomen. C'est là l'origine de la putréfaction. *La mort date de six à douze jours.* Il est bon de dire que nous supposons que le cadavre est resté exposé à l'air libre, depuis le moment de la mort et *dans une température moyenne.*

Ces diverses époques ne présentent que des approximations. Elles offrent de grandes différences, selon qu'on les envisage, par rapport à l'hiver ou à l'été. Et pour faire sentir que ce ne sont que des données variables, il nous suffira de dire que, pendant les chaleurs de l'été, un cadavre peut offrir en vingt-quatre heures les phénomènes que nous avons assignés à l'époque de six à douze jours, tandis qu'en hiver ils ne se montrent quelquefois que du quinzième au dix-huitième jour. C'est au médecin à tenir compte des variations de température, de l'état d'obésité ou de maigreur du sujet, de son âge, du genre de mort auquel il a succombé, et surtout des influences atmosphériques auxquelles le cadavre a été soumis.

Deuxième période. — Elle comprend tous les phénomènes de la putréfaction. Mais malheureusement leur apparition est sou-

mise, dans certains cas, à des variations tellement grandes, au moins pour la putréfaction qui a lieu dans la terre, que M. Orfila, qui s'en est surtout occupé, n'a pas cru pouvoir rattacher aucune époque à la naissance de ces phénomènes. Plus hardi, j'ai posé des jalons pour la putréfaction dans l'eau. Les faits suivants m'autorisent cependant à croire que je n'ai pas trop présumé de la possibilité d'arriver à des résultats approximatifs. — Lorsque je fis mes recherches à la Morgue de Paris, j'eus occasion de voir avec quelle inexactitude les médecins déterminaient dans leurs rapports l'époque de la submersion. D'un autre côté, j'étais frappé de l'approximation, je dirai presque de la précision avec laquelle le concierge et l'aide de service de cet établissement indiquaient le temps écoulé depuis que les individus avaient été noyés. Je pensai dès lors que, si des hommes ignorants arrivaient par la routine à ce résultat, un médecin devait y être conduit avec moins d'expérience, mais à l'aide de données plus précises; dès lors je cherchai à les établir. Depuis la publication de mon travail, M. le docteur Paulin ayant été appelé à examiner, à deux époques différentes, deux cadavres retirés de la Seine, donna, d'après mes tableaux, à l'un quinze jours, et à l'autre près d'un mois d'eau. Son diagnostic fut vérifié à quelques jours près, les deux individus ayant été reconnus à la Morgue. M. Bouvier, agrégé près la Faculté, est mandé pour constater l'époque de la submersion d'un cadavre retiré de la Seine aux environs de Chaillot. Il était sur le point de lui donner huit jours d'eau, lorsque se rappelant mon mémoire, il va le consulter, et indique alors cinq semaines de submersion. Il a été reconnu depuis que ce sujet y était resté un mois et trois jours. M. Villeneuve a constaté avec succès un cadavre de sept à huit mois de séjour dans l'eau. Le 4 avril 1836, on apporte à la Morgue un corps de quatre mois dix jours d'eau. La visite du médecin pour la levée du corps n'ayant pas été faite, M. le docteur Dubois se rendit à la Morgue pour constater la mort et l'état du cadavre; il examina le tableau des caractères des époques que je vais tracer, et trouva une telle identité entre les signes de putréfaction offerts par le cadavre et ceux énoncés

pour appartenir à l'époque de quatre mois et demi, qu'il se mit à les copier sur mon mémoire, et à assigner cette époque de submersion : il n'y avait donc pour un temps aussi éloigné que cinq jours de différence dans l'approximation comparée à la réalité. (Voir encore l'ouverture du corps du jeune Cambay. *Histoire des altérations cadavériques.*) Je pourrais citer un grand nombre d'exemples analogues ; car, je le puis dire, j'ai la satisfaction d'avoir vu mon travail accueilli par tous les médecins qui s'occupent de médecine légale, soit à Paris, soit en province ; les données que j'ai établies servent tous les jours de base à leur diagnostic.

Il est vrai que les difficultés sont moins grandes à l'égard des sujets qui séjournent dans l'eau, que pour ceux qui restent dans la terre, parce que le milieu restant toujours le même pour les noyés, les variations de température viennent seules modifier la marche de la putréfaction ; il faudra par conséquent un grand nombre d'observations et de recherches pour arriver à reconnaître l'époque de la putréfaction dans la terre, mais on y arrivera cependant.

J'exprimerai le regret qu'un travail analogue au mien n'ait pas été entrepris pour les corps qui séjournent dans la mer ; c'est là un beau sujet de recherches.

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA PUTRÉFACTION.

La putréfaction est un ensemble de phénomènes particuliers que présentent les diverses parties de l'homme et des animaux, lorsque, n'étant plus placées sous la dépendance des lois vitales, elles retombent sous l'empire des lois physiques, et dont le caractère le plus commun et le plus tranché consiste en général dans le développement d'une odeur plus ou moins infecte.

Bacon a le premier fait sentir l'utilité que la médecine pouvait retirer de l'étude de la putréfaction, surtout pour arriver à connaître les moyens de la prévenir et d'en arrêter les progrès. *Beccher* a tracé ses phénomènes avec assez d'exactitude pour l'époque où il écrivait. *Pringle* a surtout envisagé

les corps sous le rapport de leur septicité ou de leur antisepticité. L'académie de Dijon avait proposé, en 1767, l'histoire de la putréfaction comme sujet de prix ; Boissieu, Godard et Bordenave exposèrent, dans trois mémoires importants, ses causes, ses phénomènes et ses résultats. Berthollet a éclairé ce sujet en appliquant à la théorie des divers produits de la putréfaction la chimie pneumatique ; plus tard Fourcroy, Vauquelin et Thouret ont étudié les phénomènes de la putréfaction et soumis à l'analyse ses résultats matériels. En 1794, Georges-Smith Gibbès a décrit les procédés à l'aide desquels on pouvait obtenir en grand, du gras de cadavre. Guntz s'est livré à des expériences propres à éclairer certains points encore obscurs. M. Orfila en exhumant de milieux différents un grand nombre de cadavres qu'il avait inhumés, a recueilli des faits qui concourent déjà, et devront par la suite concourir à la solution des questions importantes qui s'y rattachent ; et nous-même, en étudiant la putréfaction chez les noyés, nous avons fourni des matériaux propres à répandre quelque jour sur plusieurs de ces questions ; enfin Gay-Lussac, Chevreul, Mateucci, Moscati, Boussingault, ont plus ou moins éclairé ce sujet par leurs recherches.

Conditions favorables ou défavorables à la putréfaction.—La première condition indispensable à la putréfaction, c'est l'absence de la vie. Quelques auteurs, et Fourcroy en particulier, pensent que ce phénomène peut s'opérer lorsque la vie n'est pas totalement éteinte, mais qu'elle a seulement perdu un certain degré d'énergie. Il nous est impossible d'admettre une pareille assertion. Certes, nous sommes loin de nier que la putréfaction ne puisse avoir lieu dans un point circonscrit du corps d'un individu vivant; mais nous disons que la partie du corps où elle se manifeste a été frappée de mort, et est rentrée dans les conditions des matières animales entièrement placées sous la dépendance des agents physiques ; que ces parties n'ont plus aucun rapport avec la vie, lorsque la putréfaction y survient : ainsi donc, la putréfaction exclut l'idée de vie.

La putréfaction peut-elle s'opérer dans le vide? M. Gay-Lussac en nie la possibilité ; suivant lui, le concours de l'air est une

des conditions indispensables à la production de cette transformation physique des matières animales. John Manners, Luiscius, Fourcroy et Guntz adoptent une opinion opposée; ce dernier a fait l'expérience suivante, qu'il cite à l'appui de sa manière de voir. Après avoir introduit son petit doigt sous une cloche remplie de mercure, il s'y est fait une piqûre; le sang sorti de l'incision a monté dans la partie supérieure de la cloche sous la forme d'une gouttelette; il a soumis l'appareil à une température de 15°, qu'il a élevée successivement jusqu'à 30; le sang s'est d'abord coagulé; puis, au bout de cinq jours, il est devenu liquide, sale, presque homogène; et enfin Guntz a aperçu très distinctement des bulles gazeuses à la surface de la matière liquide.

Quoi qu'il en soit, il est toujours certain que la présence de l'air est une des conditions les plus favorables à la putréfaction, on pourrait presque dire indispensable, tant ce fluide exerce d'influence sur elle; mais les conditions de l'air étant susceptibles d'offrir de grandes variations, il est nécessaire de rechercher quels peuvent être les effets des divers éléments qui le constituent pour préciser la valeur relative de chacun d'eux, et partant l'état atmosphérique le plus propre à développer ou à arrêter les progrès de la putréfaction. Nous examinerons donc successivement l'action de l'oxigène, de l'azote, de l'acide carbonique, du calorique, de la lumière, du fluide électrique et de l'eau en vapeur.

Oxigène.— Suivant Bœckmann et Hildebrand, l'oxigène est de tous les gaz celui qui favorise le plus la putréfaction: à peine le contact de l'oxigène a-t-il lieu, que la chair musculaire devient d'un rouge vif; elle acquiert, au bout de vingt-quatre heures et avec une température variable entre 15 et 30 degrés, une couleur jaunâtre-foncée; bientôt il se manifeste de petits points bruns à sa surface, puis une coloration bleuâtre et ensuite noirâtre; enfin, la chair devient diffluente. Si à l'oxigène on ajoute de l'azote, ce gaz accélère beaucoup, suivant lui, la décomposition; de là, dit-il, l'influence de l'air. Mais il est évident que ce n'est pas par la nature de l'azote que la putréfaction est hâtée dans ses progrès, mais bien parce que ce gaz

écarte pour ainsi dire les molécules de l'oxigène et favorise son action : semblable en cela à un phénomène chimique qui exige pour sa production le concours de pareilles circonstances ; je veux parler de la formation de l'acidè hypophosphorique, qui ne se produit jamais si le phosphore est mis en contact avec l'oxigène seul, et qui se développe très rapidement aussitôt que dans l'oxigène pur on interpose de l'azote.

Azote. — Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, ce sont les résultats obtenus en plaçant les matières animales dans de l'azote pur; elles s'y putréfient très lentement ; aussi ce gaz peut-il être rangé au nombre des agents antiseptiques. Nous en avons journellement la preuve dans ce qui se passe à l'égard des fosses d'aisances : la putréfaction y est très lente, et presque toujours le gaz azote y domine. Toutefois l'oxigène favorise certainement la putréfaction; ainsi Hildebrand dit que la viande placée dans un appareil pneumato-chimique avec de l'oxigène, était entièrement pourrie au onzième jour; tandis qu'elle ne donnait aucun signe d'altération, lorsqu'au lieu d'oxigène on se servait d'hydrogène, d'acide carbonique ou d'acide nitreux.

L'*acide carbonique* est dans le même cas que l'azote ; il retarde constamment la putréfaction, puisque de la chair musculaire que l'on avait laissée en contact avec ce gaz était encore inodore au bout de cinquante-un jours (Hildebrand). Il résulte des recherches auxquelles je me suis livré en 1837, que la putréfaction est notablement retardée chez les personnes qui succombent à l'asphyxie par le charbon. (Voy. pour le détail de ces expériences, l'histoire de l'asphyxie par le charbon.)

Le *calorique* agit d'une manière qui varie en raison de la proportion dans laquelle il est employé : à 0° de température la putréfaction ne peut pas avoir lieu ; aussi les cadavres des animaux se conservent-ils un temps considérable dans la neige ; mais si l'on vient à les soumettre à une température de 15 à 20°, ils se putréfient alors avec une rapidité extrême ; une chaleur de 100° arrête aussi la putréfaction. Dans le premier cas, la presque totalité des liquides est congelée ; dans le second, une évaporation des liquides s'effectue, de manière à réduire à siccité les matières animales ; l'albumine et la fibrine

acquièrent plus de consistance et de solidité, et la putréfaction ne peut pas se développer ; c'est à ces deux causes qu'il faut attribuer ce résultat. Il n'en est pas de même d'une température qui varie entre 18 et 25°; elle favorise constamment la putréfaction et hâte ses progrès d'une manière très marquée.

Quant au rôle que joue la *lumière* dans la production de ce phénomène, on ne peut établir que des doutes. Lefébure dit avoir développé de l'hydrogène en exposant à la lumière de la matière cérébrale plongée dans l'eau. Guntz au contraire pense qu'il ne peut se développer d'hydrogène qu'autant que cette substance offre déjà un commencement de putréfaction. L'expérience de Lefébure, fût-elle même exacte dans ses résultats, ne prouverait pas d'une manière certaine l'influence de cet agent ; car la matière cérébrale plongée dans l'eau est encore en contact avec l'air en dissolution dans ce liquide.

L'*électricité* accélère le développement des phénomènes putrides. Les portions de muscles que l'on soumet à un courant électrique, ne renferment plus de sels, si l'action de ce fluide a été prolongée pendant un temps suffisamment long ; les oxides se rendent au pôle négatif, les acides au pôle positif. L'électricité atmosphérique n'exerce pas un genre d'action identique, elle agit sur les divers principes immédiats des matières animales et imprime une modification dans leurs éléments que l'on ne saurait préciser, mais que démontre la rapidité avec laquelle les orages gâtent les viandes alimentaires pendant les chaleurs de l'été. Nous citerons pour exemple le lait, dans lequel l'électricité développe une certaine quantité d'acide acétique. M. Mateucci a fait une expérience fort curieuse qui tend à éclairer ce sujet. Il a placé des morceaux de viande sur des plaques de zinc ; ils se sont conservés frais pendant longtemps. Le zinc s'était électrisé vitreusement et la viande résineusement ; or, comme l'oxigène qui favorise toujours la putréfaction est un corps essentiellement électro-résineux, il a été en quelque sorte repoussé par la chair musculaire, qui était elle-même dans cette condition électrique, et la putréfaction a été retardée ; l'électricité joue donc un rôle puissant dans le développement de la putréfaction.

On a peu étudié l'influence que pouvait exercer *l'eau en vapeur* sur la putréfaction ; on connaît mieux son action à l'état liquide. Mais il est démontré que l'air sec arrête la putréfaction, tandis que l'air humide l'accélère. M. Gay-Lussac a conservé pendant plusieurs mois, sans aucune altération, de la viande suspendue dans l'intérieur d'une cloche au bas de laquelle se trouvait du chlorure de calcium qui absorbait toute l'humidité de l'air. C'est probablement à l'action dissolvante de l'eau qu'il faut attribuer cette rapidité dans la décomposition putride, action dissolvante qui ne s'exerce toutefois que dans des limites très circonscrites ; car un excès d'eau retarde la putréfaction. Ce fait est facile à concevoir, en réfléchissant que rien n'est plus propre à hâter la putréfaction que le mélange des matières déjà putréfiées avec des substances saines. Soit donc la surface d'un morceau de matière animale en contact avec un air humide, les vapeurs qui l'entourent dissolvent et rendent fluides les molécules extérieures ; elles se putréfient rapidement, et, une fois putréfiées, elles hâtent le développement de ce phénomène dans les parties saines ; tandis qu'un courant d'eau entraîne les parties putréfiées, au fur et à mesure de leur production, en même temps qu'il garantit du contact de l'air les parties molles qui séjournent dans ce liquide. C'est d'après ces principes, dont je suis bien pénétré, que j'ai fait établir à la Morgue de Paris des tuyaux en arrosoirs sur toute la surface des noyés, pour retarder la putréfaction rapide à laquelle ils sont sujets aussitôt qu'ils passent de l'eau dans l'air ; et aujourd'hui l'expérience a sanctionné une présomption née du raisonnement, car c'est le seul moyen préservatif qui ait eu du succès à la Morgue.

De l'ensemble de ces faits, il résulte : que l'atmosphère la plus favorable au développement de la putréfaction doit être celle qui se composera d'oxigène, d'azote et d'acide carbonique dans les proportions de l'air ; d'une somme d'électricité très grande, d'une quantité considérable de vapeur d'eau et d'une température de dix-huit à vingt-cinq degrés.

Hildebrand a aussi étudié quelle pouvait être l'influence des gaz autres que ceux qui constituent l'air sur la putréfaction.

Déjà nous avons vu que l'azote et l'acide carbonique retardaient son développement. L'*hydrogène* est dans le même cas; le *chlore*, le *deutoxide d'azote* (Hildebrand a conservé de la viande pendant trois mois dans du deutoxide d'azote, sans qu'elle se soit putréfiée) et l'*acide sulfureux* s'opposent puissamment à sa production; le chlore, en désorganisant la matière animale et en formant avec elle une substance blanche nacrée presque imputrescible; le deutoxide d'azote, en absorbant tout l'oxigène qui peut être en contact avec la matière animale; et l'acide sulfureux, en agissant sur elle de manière à modifier son organisation, en transformant la matière animale en des produits très oxigénés.

Il nous reste actuellement à passer en revue l'influence que peuvent exercer les autres milieux sur la décomposition putride, ainsi que diverses circonstances que nous allons signaler.

La putréfaction est toujours plus lente à se développer dans l'eau qu'à l'air libre. Elle est très prompte, lorsque l'eau est à une température de dix-huit à vingt-cinq degrés; elle est très lente, si la température est plus basse. Il est difficile de résoudre encore cette question, à savoir si elle se manifeste plus ou moins rapidement dans l'eau courante que dans l'eau stagnante. Des expériences de M. Orfila tendent à démontrer que la saponification a lieu plus rapidement dans l'eau renouvelée. Pour moi, j'établis à ce sujet une distinction : je crois que la décomposition qui a pour résultat le développement de gaz et la réduction en putrilage, a lieu beaucoup plus rapidement et plus facilement dans l'eau stagnante; tandis que celle qui a pour résultat la saponification, a lieu plus rapidement dans l'eau renouvelée. Cette manière de voir est fondée sur les observations que j'ai faites sur les noyés.

L'*eau des fosses d'aisances* retarde encore plus efficacement la putréfaction. La saponification a lieu facilement dans ce liquide.

Le séjour d'un cadavre dans la *terre* amène des résultats différents, suivant un grand nombre de circonstances. La putréfaction est lente, si le terrain est sablonneux et sec; elle est un

peu plus prompte, s'il est argileux et humide; elle s'effectue rapidement, si la terre se trouve être très végétale, un peu humide et d'une douce température : par conséquent, dans l'appréciation de la marche de la putréfaction de matières animales placées dans un terrain, il faut avoir égard à sa nature, à son humidité et à sa température. On sait, en effet, que dans les pays chauds, loin de se putréfier, les cadavres se momifient, se dessèchent et se conservent dans le sable. La profondeur à laquelle le cadavre est placé exerce encore une influence très grande sur les résultats; plus il est situé profondément, et plus tard il se putréfie.

Des produits de la putréfaction. — Gaz et acides. — Telles sont les conditions *générales* qui régissent le développement de la putréfaction. Voyons actuellement quels sont les produits chimiques auxquels elle peut donner lieu. Cette partie de la putréfaction est encore fort incomplétement étudiée. On sait qu'il se développe des gaz, tels que l'azote, l'hydrogène carboné, l'acide carbonique, l'ammoniaque, l'acide hydrosulfurique, l'hydrogène phosphoré; qu'il se produit de l'acide acétique et de l'acide nitrique. Suivant quelques personnes, ces gaz peuvent se dégager isolément où à l'état de combinaison avec l'ammoniaque, au moins pour ceux qui sont acides. Les gaz qui se développent avec le plus d'abondance sont, sans contredit, l'hydrogène carboné et l'acide carbonique. C'est surtout chez les noyés, où la putréfaction gazeuse se manifeste avec une grande énergie, que l'on peut constater l'existence du premier. Il suffit alors de pratiquer une piqûre à la peau et d'approcher une bougie de l'endroit ouvert pour enflammer un jet de gaz qui s'en échappe pendant un temps assez long.

Savon. — Un autre produit de la putréfaction consiste dans une matière savonneuse que Fourcroy croyait formée d'adipocire et d'ammoniaque. M. Chevreul la regarde aujourd'hui comme un margarate et un oléate d'ammoniaque, ou au moins un acide semblable à l'acide oléique, unis à de l'acide lactique du lactate de potasse et de chaux, et à une matière colorante orangée, azotée, retenant un peu de chaux, à un peu de sub-

stance amère et à un principe odorant. Toutefois, la composition de ce savon est susceptible de subir des changements qui dépendent de la nature du milieu dans lequel il se forme ou dans lequel il est placé. Ainsi, on le trouve souvent composé de margarate et d'oléate de chaux. C'est le cas où il se produit au milieu d'une eau qui contient du sulfate et du carbonate de chaux. Pareille transformation a lieu lorsque le terrain renferme les mêmes sels. M. Chevreul a trouvé cette composition à un savon provenant d'un bélier qui était resté dans l'eau d'un puits. Le savon du cadavre d'une femme dont l'observation sera rapportée à l'occasion de la dernière phase de la putréfaction dans l'eau, était de même nature. Il y a tout lieu de croire que le savon à base d'ammoniaque se forme d'abord, et que ce n'est que par une double décomposition subséquente qu'il change de nature. L'expérience suivante, faite par M. Orfila, démontre la possibilité de cette transformation. Après avoir fait du savon ammoniacal de toute pièce, il l'a mis en macération dans une dissolution de sulfate de chaux, et, au bout de trois semaines, il était changé en savon calcaire.

Toutes les parties ne sont pas également susceptibles de se saponifier ; le gras de cadavre ne peut se former qu'autant que de la graisse est en contact avec une matière azotée. La graisse seule ne peut pas donner un savon ; car si, à l'instar de Guntz, on la sépare, et qu'on l'isole entièrement de tous les fluides azotés, elle ne subit pas cette transformation. La fibrine du sang parfaitement pure est dans le même cas (*Gay-Lussac*). M. Chevreul a obtenu les mêmes résultats en faisant macérer pendant un an des tendons d'éléphant, de la chair musculaire de bœuf privée de graisse. Une expérience comparative, faite par M. Orfila, avec de la peau privée de graisse et de la peau encore tapissée par elle, a donné des résultats en rapport avec la proposition que je viens d'avancer. La connaissance de ce fait avait conduit M. Chevreul à émettre cette opinion, que les muscles fournissaient à la graisse la matière azotée pour la formation de l'ammoniaque, puisque la graisse elle-même ne contenait pas d'azote. J'ai démontré (*Annales d'hyg.*, octobre 1829) combien cette opinion était peu fondée, en prouvant d'une part que la

saponification de la graisse commence à l'extérieur des mamelles, par exemple, ou de toute autre accumulation graisseuse; tandis que les couches de graisse plus profondes et les muscles sous-jacents sont tout-à-fait intacts. J'ai fait sentir que tous les tissus de l'économie étaient parcourus par des vaisseaux, du tissu cellulaire et des fluides azotés, et qu'il devenait tout-à-fait inutile d'aller chercher les muscles pour source de l'azote.

La saponification est très prompte, 1° chez les sujets très jeunes; 2° chez ceux qui sont très gras; 3° dans l'eau des fosses d'aisances; 4° un peu moins prompte, dans l'eau stagnante que dans l'eau courante; 5° facile, dans les terrains humides et gras; très rare, dans les terrains secs; 6° d'autant plus prompte que les cadavres sont plus amoncelés les uns avec les autres, et dans ce cas ceux qui sont le plus profondément situés sont plus tôt saponifiés. Les différences dans la durée du temps nécessaire pour amener la saponification, suivant ces diverses circonstances, sont très grandes. Un enfant nouveau-né peut être presque entièrement saponifié en six semaines ou deux mois dans l'eau d'une fosse d'aisances. Il faut un an environ pour obtenir la transformation en gras de la totalité d'un noyé, et trois ans à peu près dans la terre pour arriver à ce résultat.

Deux théories ont été données pour expliquer la formation du gras de cadavre. Dans l'une, Thouret, partant de ce fait que l'on retire beaucoup de blanc de baleine des cavités du cerveau de la baleine, de la bile, du foie, du cerveau de l'homme et de tous les animaux, se demande pourquoi on attribuerait sa formation à la putréfaction, et s'il ne serait pas plus rationnel d'admettre que l'ammoniaque en est le seul produit, substance qui se combine avec la matière du gras antérieurement existante pour former un savon. La théorie tombe d'elle-même, puisqu'il est reconnu aujourd'hui que le gras de cadavre ne contient pas de blanc de baleine.

Dans la seconde théorie, qui est due à Fourcroy, on suppose « que le carbone de la matière animale s'en échappe sous la forme d'acide carbonique, soit en s'emparant de l'oxigène de

la matière elle-même, soit en se combinant avec celui de l'eau, dont il aurait opéré la décomposition; et ainsi s'expliquerait la perte en poids des matières animales transformées en gras, puisqu'elles sont réduites au dixième ou au douzième de leur masse. L'azote et l'hydrogène produiraient l'ammoniaque; le résidu des matières animales ainsi privées de beaucoup de carbone, d'oxigène et d'azote, contiendrait une énorme proportion d'hydrogène. Or, le gras de cadavre est surtout formé d'hydrogène carboné, légèrement oxidé (acide margarique et oléique).» Avouons qu'il est encore très difficile de donner une bonne théorie de la production de cette transformation.

Quoi qu'il en soit, faisons connaître les principaux caractères de cette matière. Le gras de cadavre se présente sous la forme d'une substance onctueuse, savonneuse, légèrement jaune, plus ou moins colorée suivant le milieu dans lequel il est formé. Il est blanc quand il provient d'un sujet qui a macéré dans l'eau; il est d'un jaune bistre chez les sujets qui sont restés dans des cercueils de plomb, et d'un jaune encore plus foncé lorsque les cadavres sont restés dans la terre. Il occupe toujours un volume beaucoup plus considérable que la graisse qui a servi à sa formation. Nous avons souvent eu occasion d'observer ce fait, que nous avons fait connaître dans notre Mémoire sur la putréfaction des noyés. Cette circonstance nous a servi à donner l'explication d'un état particulier de la peau, que nous avons observé le premier à une période avancée de la putréfaction, et qui consiste dans le développement considérable des bulbes des poils; nous en parlerons par la suite. Le gras de cadavre est beaucoup moins dur dans les premiers temps de sa formation que par la suite. Il est fusible et liquéfiable au bain-marie à 100°. Distillé, il donne beaucoup d'eau ammoniacale, une huile qui se fige dans l'allonge, et plus tard du carbonate d'ammoniaque cristallisé (*Fourcroy*). Chauffé au contact de l'air, il brûle et s'enflamme rapidement. Abandonné à l'air libre et sec, il perd, suivant Fourcroy, l'ammoniaque qu'il contient, y devient de plus en plus sec et friable. D'après Thouret, si l'air est humide, il se couvre de moisissures diversement colorées. Nous pensons, d'après ce que

nous avons observé, que les changements que peut subir le gras de cadavre à l'air varient en raison de sa nature. Celui à base de chaux ne s'altère pas sensiblement. J'en conserve depuis neuf ans. Il est simplement enveloppé de papier, et il offre absolument le même aspect qu'à l'époque où je l'ai isolé du corps. Il n'en a pas été ainsi du gras de cadavre qui s'était formé dans un cercueil en plomb. J'ai eu à ma disposition le corps d'un enfant de cinq ans, qui était placé dans un cercueil en plomb : ce cercueil avait été gardé dans un grenier. J'en ai extrait l'enfant, je l'ai fait placer sur un support en bois, sous une cage de verre, mastiquée. Pendant trois ans, l'aspect extérieur n'a pas sensiblement changé. Au bout de ce temps, une des parois de la cage ayant été cassée, l'enfant resta, pendant plusieurs jours, en contact avec l'air extérieur, dont la température était alors de 22 à 25 degrés. Il répandit bientôt une odeur tellement infecte, qu'elle devint insupportable.

Le gras de cadavre trouble l'eau froide et la rend opaque; le liquide prend l'aspect de l'eau de savon. Si on le fait bouillir dans l'eau, on obtient un mucilage épais, analogue à celui que donne la graine de lin; ce mucilage se prend en une pâte, ductile par le refroidissement, qui se délaie dans l'eau sans s'y dissoudre.

L'acide hydrochlorique le décompose, s'empare de la chaux ou de l'ammoniaque qu'il contient, et transforme ces bases en sels solubles, dont il est facile de constater la nature.

La chaux vive en dégage de l'ammoniaque si on l'y a ajoutée pendant qu'il était tenu en fusion, et si par conséquent le savon était ammoniacal.

L'alcool dissout à chaud 90,3 pour cent de gras de cadavre, lorsqu'il est à base d'ammoniaque. Toutefois cette proportion est susceptible d'offrir de grandes variations, suivant l'espèce de gras sur lequel on agit. Les 9,7 parties restant sont formées, suivant Chevreul, d'un principe colorant jaune, d'une matière azotée, d'une matière grasse, de phosphate de chaux, de chaux, de magnésie, d'oxide de fer, d'acide lactique, et de l'acétate de potasse et de soude.

Cambouis. — Le dernier produit de la putréfaction est une substance grasse particulière, noire, en laquelle se résolvent les parties molles ; sorte de cambouis que l'on a considéré comme une espèce de terreau animal, et que l'on retrouve placé le long de la colonne vertébrale. Ce cambouis finit encore par disparaître peu à peu pour mettre les os à nu. C'est à tort que l'on a considéré ce cambouis comme le résidu constant de la putréfaction; il faut, suivant nous, distinguer deux résultats possibles. 1° Si la putréfaction se continue sous la forme de ramollissement des parties, la saponification n'étant alors qu'une forme accessoire, alors on trouve ce cambouis signalé par la plupart des auteurs et par M. Orfila ; si au contraire la saponification a été générale, alors le savon se réduit en une substance analogue pour l'aspect et pour la consistance à de l'amadou, ou en une poudre semblable à du *tan* très divisé. (Voyez *Empoisonnement par l'acide arsénieux.* Recherches faites sur une femme ayant trois ans dix-sept jours d'inhumation.)

Miasmes. — Les gaz qui se dégagent des matières animales putréfiées entraînent avec eux une odeur particulière, infecte, qualifiée du terme général d'odeur putride ; on a attribué cette odeur à des miasmes, c'est-à-dire à une cause que l'on exprime par un mot vide de sens, puisque l'on ignore la nature de l'objet qu'il représente. Guntz a éclairé sur la nature des miasmes par l'expérience suivante : il a placé une cloche au-dessus de portions de cadavre putréfié, de manière cependant à y laisser pénétrer l'air. Il a soumis l'appareil à une température de 26 degrés, et, après un séjour suffisamment prolongé, il a subitement refroidi la cloche. Aussitôt il s'est produit de la vapeur qui s'est rassemblée en gouttelettes répandant l'odeur la plus fétide. Ces gouttelettes ayant été traitées par le chlore, toute odeur a disparu. Il y a donc tout lieu de croire que les gaz, en s'échappant des matières animales putréfiées, entraînent avec eux de la vapeur d'eau qui est combinée avec une certaine quantité de matière animale très divisée, ce qui constitue ce que nous désignons sous le nom de miasmes.

Ce n'est pas la seule expérience que l'on puisse citer pour

appuyer cette manière de voir. D'autres ont été faites à l'égard des matières végétales. Moscati eut le premier l'idée de condenser l'eau en combinaison avec l'atmosphère, dans le but d'y rechercher le principe qui occasionnait le mauvais air. Il suspendait à quelque distance du sol des matras remplis de glace. L'eau qui se déposait à leur surface pouvait se recueillir aisément. D'abord limpide, elle présentait bientôt des petits flocons qui possédaient des propriétés inhérentes aux matières animalisées. Au bout de quelques jours, elle se putréfiait complétement. Dans le courant de l'année 1812, M. Rigaud de l'Isle entreprit, dans les marais du Languedoc, une série d'essais, dirigés dans le même sens. Il recevait la rosée sur une large surface de verre formée par la réunion de plusieurs carreaux. L'eau qu'il se procurait par ce moyen présentait tous les phénomènes de celle obtenue par Moscati. En 1819, M. Boussingault ayant observé que l'acide sulfurique, placé à la proximité d'une mare dans laquelle on avait fait rouir du chanvre, noircissait très promptement, répéta cette expérience dans beaucoup d'endroits infectés, et observa constamment que la coloration de l'acide était d'autant plus prompte que l'air était lui-même plus infect. En 1829, M. Boussingault modifia ces nouveaux essais. Il posa deux verres de montre sur une table placée au milieu d'un pré marécageux ; dans l'un des verres, il mit de l'eau distillée chaude afin d'en mouiller la surface et d'en élever la température ; il laissa la température de l'autre verre s'abaisser par l'effet du rayonnement nocturne et se couvrir d'une rosée abondante. En ajoutant une goutte d'acide sulfurique dans chaque verre, et en évaporant le liquide à la chaleur de la lampe à esprit de vin, on voyait toujours une trace de matière charbonneuse adhérente au verre dans lequel la rosée s'était déposée, tandis que le verre qui avait été échauffé par l'eau offrait une surface parfaitement nette après la volatilisation de l'acide. M. Boussingault avait opéré ainsi pour répondre aux objections que l'on pouvait élever à l'égard des expériences de Moscati, sous le rapport des matières végétales qui auraient pu pénétrer dans l'acide sulfurique, en vertu de leur suspension dans l'air sous la forme de poussière. Il a été plus loin, en cherchant à déterminer par l'hydrogène

que les miasmes putrides renferment, quelle est la proportion relative de ces miasmes dans l'air infecté qui avoisine les marais. A cet effet, il a fait passer un poids donné d'air malsain, *bien desséché*, à travers un tube de verre chauffé au rouge. A cette haute température, les miasmes se brûlaient; leur hydrogène formait de l'eau, qui était recueillie dans un tube contenant du chlorure de calcium. En pesant ce tube, avant et après l'opération, on notait la quantité d'eau qui s'était formée, et partant la quantité d'hydrogène qui avait concouru à sa formation. Dans le courant de juillet 1830, il a entrepris les expériences suivantes. Un volume d'air sec, dont le poids variait de 305 à 310 grammes, produisit plusieurs fois jusqu'à 0 gr. 050 d'eau, équivalant à 0,005 d'hydrogène. Les chaleurs ayant continué, le sol se dessécha tous les jours davantage; la quantité d'eau donnée par un même volume d'air diminua de plus en plus; vers la fin de juillet, il n'obtint que 0 gr. 012 d'eau, représentant 0,0013 d'ydrogène. (*Annales de chimie et de physique*, octobre 1834.)

En résumé, il est facile de voir, d'après cet exposé général, que nous connaissons fort imparfaitement la nature des produits de la putréfaction. Je suis porté à croire que dans les premiers temps de son développement la putréfaction engendre des substances qui, pour la plupart, sont acides; c'est le moment où elle s'opère aux dépens de l'oxigène de l'air; plus tard, elle enveloppe de l'ammoniaque. C'est à cette époque que les produits de la putréfaction sont alcalins et que des savons se forment. Enfin elle se termine par la production ou d'une sorte de cambouis, ou d'une substance analogue à de l'amadou. Les organes ne passent pas nécessairement par ces trois phases pour arriver à la destruction finale. Le cambouis, est je crois, le produit de la putréfaction gazeuse et acide. Cet état des organes que l'on compare à de l'amadou ou à du vieux bois pourri qui tombe en poussière, me semble devoir être le produit de la transformation du savon cadavérique.

PUTRÉFACTION A L'AIR LIBRE.

Aussitôt que la mort survient dans la vie organique, tous les

liquides rentrent sous l'empire des lois physiques, et ils s'accumulent sous l'influence de la pesanteur dans les parties les plus déclives du corps. Lorsque la rigidité a disparu, les lividités cadavériques s'effacent quelquefois presque entièrement ; alors les parties solides se ramollissent et les parties liquides deviennent plus fluides. Il se manifeste une coloration verte de la peau, qui se développe d'abord au centre, et plus souvent à la partie inférieure de l'abdomen. Ce n'est pas une teinte franche, limitée, circonscrite, mais une coloration qui se confond avec la couleur de la peau, par une dégradation successive de nuances de moins en moins foncées. Peu à peu cette coloration envahit la poitrine, la face, puis le col, les membres abdominaux, les membres thorachiques. On verra plus tard que la putréfaction suit une marche différente chez les noyés.

A ce premier phénomène succède la putréfaction gazeuse. Elle prend sa source dans les organes creux tels que le cœur, les poumons, l'estomac, les intestins, le tissu cellulaire sous-cutané. Ces gaz soulèvent la peau, arrondissent les membres, en font disparaître les saillies musculaires et osseuses, et augmentent considérablement le volume du corps. Aussi les aliments remontent-ils souvent de l'estomac dans la bouche. Le cœur se vide de sang, ainsi que tous les gros troncs vasculaires. Le sang, décomposé, reflue dans tous les vaisseaux veineux superficiels et dans le système capillaire général ; de là, les veines qui se dessinent à la surface de la peau, par des traces bleuâtres, visibles à l'extérieur, comme si on les avait injectées. De là, cette coloration rougeâtre de tous les tissus blancs, tissu cellulaire, parois de la trachée, parois du canal digestif, dont l'aspect extérieur peut alors en imposer pour des traces de phlegmasie. De là encore des épanchements plus ou moins considérables d'un liquide rouge brunâtre, dans la cavité du péricarde et dans celles des plèvres. Ces épanchements peuvent quelquefois égaler un litre ou un litre et demi de liquide. Un semblable développement de gaz a lieu dans la cavité du crâne, car j'ai vu plusieurs fois la dure-mère distendue, et la substance cérébrale refluer par les veines jugulaires jusque dans la veine cave supérieure. Alors la substance cérébrale est diffluente, et son

aspect se rapproche du pus à un tel point, qu'au premier abord, en ouvrant ces veines, on pourrait se demander s'il n'a pas existé pendant la vie une phlébite à laquelle le malade a succombé. Bientôt il se forme des ampoules ou phlyctènes à la surface de la peau. Puis l'épiderme se détache, et il se fait une transsudation de liquide brunâtre par les ouvertures naturelles et par les pores mêmes de la peau. C'est alors que l'odeur du cadavre devient insupportable. C'est aussi à cette époque que la musca carniaria de Meigen dépose en été des larves ; de là, une foule de vers qui se manifestent principalement aux environs du nez, des yeux et de la bouche.

Les yeux s'affaissent de plus en plus; la sclérotique prend une teinte brune; cette coloration a envahi la surface de la peau en suivant la marche de la coloration en vert; puis l'abdomen s'ouvre, et laisse écouler une quantité plus ou moins considérable de matières putrides et de gaz. À cette époque la putréfaction peut être suspendue si la température est élevée, l'atmosphère chaude et sèche, et si la ventilation est très active. Il en résulte alors une diminution très grande dans la fétidité de l'odeur. Le plus souvent elle continue, et toutes les parties molles de la poitrine, de la tête et du cou tombent peu à peu en putrilage qui s'écoule et laisse les os à nu. La matière cérébrale s'échappe par les orbites ; les parties molles des membres se désorganisent à la manière de celles du tronc ; les os sont mis à nu successivement dans tous leurs points ; enfin, il reste sur le sol un détritus bourbeux, noirâtre, épais, analogue au cambouis, répandant une odeur *sui generis*, qui a quelque chose d'aromatique, et qui n'offre pas d'analogie avec l'odeur qui s'est développée pendant les premiers temps de la putréfaction ; enfin, il arrive un moment où cette matière a disparu en totalité, et où il ne reste plus que les os : ceux-ci s'altèrent à la longue, et tombent en poussière.

Tels sont les phénomènes apparents de la putréfaction, à l'air libre. On voit qu'ils ont pour but de réduire à un volume très petit le corps des animaux et de rendre à la terre les matériaux nécessaires à l'accroissement des végétaux, en leur fournissant un engrais, à l'instar de celui qui est formé par les matières

fécales : aussi Becker regardait-il ce phénomène comme le complément d'un *circulus æterni motus*.

PUTRÉFACTION DANS LA TERRE.

Nous divisons en cinq phases ou périodes distinctes les phénomènes de la putréfaction qui peut s'opérer dans la terre. La première est caractérisée par 1° *le ramollissement des tissus ;* 2° *leur coloration en vert ou en rouge brun ;* 3° *le développement de gaz en proportion plus ou moins grande, suivant les saisons ;* 4° *l'humidité plus grande des tissus.*

La seconde se distingue de la précédente par le développement d'une *matière gluante plus ou moins épaisse, qui donne à la peau ainsi qu'aux autres organes un toucher gras; il y a moins d'humidité dans les tissus; les gaz ont disparu; la coloration verte ou brune a fait place à une couleur bistre* : c'est le passage de la période de fonte putride qui détruit les organes, à la saponification qui les conserve pendant un temps en général fort long.

Dans la troisième période, *on reconnaît surtout les caractères de la saponification la plus avancée;* aussi un grand nombre d'organes manquent-ils le plus souvent parce qu'ils ont été détruits par la fonte putride.

La dessiccation et l'amincissement des organes et des tissus sont les phénomènes saillants de la quatrième période.

La cinquième a pour phénomène principal *la destruction des parties molles et des parties dures, et leur transformation en poussière ou en un cambouis qui s'infiltre peu à peu dans la terre.*

Première phase. — Dans les premiers temps de la putréfaction, le cadavre répand une odeur infecte; les yeux, le nez et les parties molles de la face s'affaissent; le thorax conserve son aspect; l'abdomen devient vert ou d'un jaune marbré de vert ou ocracé; les membres se colorent plus ou moins promptement et de la même manière; seulement les parties qui sont appuyées, soit sur le thorax, soit sur l'abdomen, conservent leur couleur pendant un temps plus long. Parfois, et surtout en été, le premier effet de la putréfaction est la coloration

en vert de la peau, avec bouffissure du corps et développement de gaz très considérable. Tel est l'aspect général du cadavre. Examiné dans les diverses parties et tissus qui le constituent, il offre les particularités suivantes : l'épiderme commence à se ramollir et à se détacher en même temps qu'il adhère aux enveloppes du cadavre. Il se soulève dans quelques points, se plisse, s'épaissit, blanchit aux pieds, comme lorsqu'on a appliqué des cataplasmes sur ces parties; souvent aussi il forme des ampoules ou vésicules remplies d'un liquide verdâtre; les ongles se ramollissent et s'arrachent avec un peu plus de facilité. La peau prend une teinte rosée, puis verdâtre, bleuâtre ou d'un jaune sale, tout en conservant la résistance de son tissu; les yeux s'affaissent, et les humeurs de l'œil deviennent bientôt d'une couleur bistre; le tissu cellulaire semble se dessécher en avant; il devient de plus en plus humide dans les parties latérales du tronc, et il est rempli, dans les points les plus déclives, par un liquide rosé, à la surface duquel on aperçoit des bulles de matières huileuses.

Les muscles se ramollissent, perdent de l'intensité de leur couleur, ou affectent une teinte verte, comme cela s'observe aux parois abdominales.

Le cerveau tend à prendre une teinte grisâtre, et se ramollit. Les poumons deviennent emphysémateux, et remplissent les cavités de la poitrine. Le cœur se ramollit, et sa surface interne acquiert une teinte noirâtre, d'autant plus foncée que ses cavités contiennent plus de sang. Les parois des vaisseaux offrent une teinte plus ou moins rouge brune, surtout intérieurement. Suivant le genre de mort auquel l'individu a succombé, l'estomac conserve sa couleur naturelle, ou se colore en rose ou en rouge, soit par place, soit uniformément, mais particulièrement à sa surface interne. Parfois, ce sont des plaques brunes, vertes, ou de couleur ardoisée, qui se montrent; en même temps son tissu se ramollit. La membrane muqueuse est tachetée de macules qui présentent un aspect scorbutique; de grosses veines distendues peuvent ramper à sa surface; son volume peut être doublé par une

production de gaz putrides, ou, au contraire, l'organe être réduit à un volume bien moindre que dans l'état le plus ordinaire. Ces diverses altérations se remarquent sur les intestins, et plus particulièrement sur l'iléon; le duodénum et le jéjunum sont les portions d'intestins qui conservent le plus long-temps leur état normal. Parfois on rencontre dans les points les plus déclives du canal digestif des lividités cadavériques. La langue, le pharynx, l'œsophage et le reste du canal intestinal se ramollissent, et prennent une teinte verdâtre plus ou moins marquée intérieurement; les épiploons prennent une teinte grisâtre ou rosée; le foie se ramollit et brunit, ou devient verdâtre, et tend à se désorganiser. Il en est de même du tissu de la rate. La vessie subit les mêmes changements que les intestins. Quant aux organes de la génération, ils résistent plus long-temps à la putréfaction.

Deuxième phase. — Le cadavre est recouvert d'une couche d'un aspect graisseux, d'un jaune rougeâtre ou brun, ou bien d'une mucosité gluante qui fournit un moyen d'agglomération entre les membres et le tronc, ou entre les parties de peau qui se touchent. Cette matière est souvent rassemblée sous la forme de petites élévations arrondies, comme lenticulaires; quelquefois c'est un enduit sec, analogue à de la croûte de fromage desséché. Ces enduits sont souvent recouverts de moisissure. Les parties molles du front, des paupières, du nez, des lèvres, sont amincies et presque détachées; des portions d'os sont mises à nu, avec leur couleur bistre, état qui s'observe en avant, tandis que les parties molles postérieures sont le siége d'une infiltration sous-cutanée de sérosité sanguinolente. Le sternum est déprimé et rapproché de la colonne vertébrale, quelques côtes commençant à se séparer de leurs cartilages. Une matière grisâtre remplit les espaces intercostaux. Même affaissement des parois abdominales très rapprochées de la colonne vertébrale, et tendance de ces parois à s'amincir et à se dessécher. Les membres plus ou moins déformés; *la peau* d'une teinte jaunâtre, recouverte de petites granulations comme sablonneuses, formées par du phosphate de chaux; elle est décollée au dos et aux membres, ainsi

que dans beaucoup de points du tronc, où elle forme poche, comme le fait la peau du crapaud. Elle conserve son épaisseur, mais elle se déchire facilement. Les ongles tombés ou extrêmement ramollis; le tissu cellulaire sous-cutané, transformé en savon chez les sujets gras, et ayant le toucher et la consistance du suif; incisé, il présente un aspect poreux qui dépend d'un commencement de dessiccation, et de ce que ses vacuoles, auparavant distendues par des gaz, sont actuellement vides. Les muscles saponifiés seulement dans les orbites; ailleurs, d'une couleur verdâtre; partout humectés par un liquide séro-sanguinolent, en quantité tellement notable dans certains points, que ces organes ressemblent à une gelée; on les déchire avec d'autant plus de facilité qu'il y a plus de liquide. Du reste, les muscles sont plutôt amincis qu'augmentés en volume. Les aponévroses et les tendons, qui ont conservé pendant long-temps leur couleur, prennent une teinte bleuâtre. Les ligaments jaunissent et se ramollissent; les cartilages prennent la même couleur; les tissus séreux persistent; le cerveau diminue de volume, se ramollit extérieurement en prenant une teinte d'un gris verdâtre. Les poumons sont affaissés, ils ont diminué de volume; leur couleur est ardoisée, leur tissu est plus facile à déchirer. Le diaphragme se conserve long-temps; le cœur est plus aplati et plus mince; l'estomac considérablement ramolli, d'un gris blanchâtre parsemé de taches bleuâtres. Les intestins réduits à un petit volume, accolés les uns aux autres, et commençant à se dessécher dans leur surface libre. Sur le foie, des granulations comme sablonneuses de phosphate de chaux; la rate réduite en une bouillie noirâtre, semblable à la boue des égouts.

Troisième phase. — Toute trace d'épiderme a disparu; les ongles sont tombés, la peau est desséchée, amincie, d'une couleur jaune fauve, ou jaune-orangée, ou brune, recouverte de moisissure; percutée, elle donne un son analogue à celui du carton; elle est saponifiée. Les parties molles de la face sont détruites; les côtes sont décharnées; le sternum et ses cartilages entièrement détachés des côtes; les espaces intercostaux sont à jour; les parois abdominales sont fortement appliquées sur la

colonne vertébrale, de manière à former une excavation entre l'appendice xyphoïde et le pubis. Les membres sont dépourvus de parties molles dans une étendue plus ou moins considérable. Les portions conservées présentent quelquefois l'aspect de bois pourri. Les muscles des divers points du corps peuvent alors être saponifiés, ou bien détruits ; dans le premier cas il est rare qu'ils le soient en totalité ; dans le second, ils prennent une teinte plus ou moins brune et noirâtre, et n'occupent plus qu'un très petit volume. Le cerveau a encore diminué de grosseur, et l'aspect terre-glaise est plus prononcé. Les poumons offrent l'apparence de deux membranes aplaties et collées le long de la colonne vertébrale ; leur situation les fait seule reconnaître. Le diaphragme est desséché, olivâtre, en partie détruit dans ses portions musculeuses. L'estomac ne consiste plus que dans un petit cylindre offrant une cavité ; le foie, réduit à une masse aplatie, épaisse d'un demi-pouce, d'un brun noirâtre, légèrement desséché, qui, coupé, se divise en feuillets dans l'intervalle desquels il y a une matière bitumineuse.

Quatrième phase. — Les os de la tête sont presque entièrement à nu ; on peut voir l'apophyse basilaire, et le moindre déplacement imprimé à cette partie suffit pour détacher la tête de la colonne vertébrale. Le sternum, séparé des côtes, occupe le fond de la poitrine ou une partie de l'abdomen, en laissant en avant une large ouverture. Les parois abdominales sont réduites à quelques débris tégumentaires d'une couleur bistre, olivâtre ou noirâtre, qui tiennent encore aux dernières côtes, au pubis et à la partie postérieure des crêtes iliaques.

Les parties molles consistent en quelques débris filamenteux qui maintiennent seulement les os dans leurs rapports. En général, la peau est jaunâtre, amincie et desséchée là où elle existe encore, excepté en arrière, où elle conserve plus d'humidité, et où on la voit perforée dans beaucoup de points par des vers. Le tissu cellulaire est saponifié dans les points où il contient de la graisse ; ailleurs il est desséché, s'il n'a pas été détruit. Les muscles sont transformés en feuillets membraneux grisâtres ou d'un jaune brunâtre, dans lesquels il est impossible de reconnaître des fibres. Ils ressemblent, çà et là, à

des feuilles sèches de tabac. Dans quelques parties du corps, on ne trouve, à la place des muscles, que des masses aréolaires brunes ou même noirâtres, semblables par leur aspect à certains polypiers. Les ligaments ont presque entièrement disparu. Le cerveau, réduit au dixième ou au douzième de son volume, ne consiste que dans une masse analogue à une terre argileuse. Les poumons ne se reconnaissent plus que par la place qu'ils occupent. La masse intestinale est presque détruite.

Cinquième phase. — Les os de la tête sont complétement désarticulés; les os du crâne sont recouverts d'un magma mélangé de terre et de cheveux qui, enlevé, laisse voir leur couleur bistre clair, tachée, çà et là, de larges plaques brunes foncées. La cage du thorax est détruite, les côtes détachées et tombées les unes sur les autres; on ne trouve à l'abdomen et sur les côtés du rachis qu'une matière noire, humide, avec le luisant du cambouis, adhérente aux os, ne formant en quelques endroits que des masses d'un demi-pouce d'épaisseur, qui sont les restes de toutes les parties molles; tous les ligaments sont détruits; les os des membres sont à nu, séparés et détachés les uns des autres. L'amincissement de la peau a été porté à un tel point, que cette membrane a fini par disparaître. Il en est de même des muscles, des ligaments et des tendons; le cerveau est un des organes qui laissent quelques traces de leur existence pendant plus de temps, les os exceptés. Les restes des poumons et du cœur ont disparu, ainsi que le foie et la rate.

Mais que deviennent les os? On avait assigné douze ans à leur disparition; or, on a pu retrouver des os après six et sept cents ans d'inhumation. Les fosses communes dans les cimetières ne servent jamais avant quinze ans au plus tôt, et en général après trente ans; et ce laps de temps n'est pas suffisant pour faire disparaître les ossements en totalité. On a retrouvé à Saint-Denis les os du roi Dagobert, mort il y a près de douze cents ans; les dents restent plus long-temps, l'émail en est presque indestructible. — Le tissu osseux paraît subir deux transformations possibles dans la terre : dans l'une, il prend l'état graisseux; dans l'autre, il perd toute la gélatine qu'il renferme, et tombe en poussière après être réduit à ses sels; aussi les os qui ont

subi cette transformation sont-ils extrêmement friables; toutefois la gélatine paraît pouvoir se conserver long-temps dans les os, puisque Haller (*Éléments de physiologie*, Ire partie) dit l'y avoir retrouvée dans des momies de deux mille ans. Des os humains enterrés depuis six cents ans ont donné jusqu'à 27 pour 100 de gélatine, ce qui se rapproche beaucoup de l'état frais; tandis que des os retirés de l'ancienne église Sainte-Geneviève, à Paris, étaient d'un rouge pourpre, friables, recouverts de cristaux blancs de phosphate acide de chaux, et ne contenaient pas de matière animale non plus que de carbonate de chaux. La matière pourpre, soluble dans l'eau et dans l'alcool, était probablement un résultat de la décomposition de la matière animale, et le phosphate acide de chaux provenait, au rapport de Fourcroy et de Vauquelin, du phosphore de cette matière, qui, convertie en acide phosphorique, s'était uni à la chaux du carbonate de chaux.

La lecture des observations contenues dans le Traité des exhumations juridiques de M. Orfila nous a conduit à résumer les faits qu'elles renferment pour dresser les tableaux que nous venons de tracer; en général, nous nous sommes presque toujours servi des expressions de l'auteur, afin de ne pas en altérer la signification. Quant à rattacher des époques à chacun de ces tableaux, de manière à prévoir, d'après l'examen d'un corps, quelle peut être l'époque de la mort, nous ne le ferons pas, attendu que M. Orfila a déclaré qu'il était impossible de présenter même des approximations, et qu'un résultat de ce genre *était au-dessus des forces humaines*. Toutefois, une pareille assertion serait par trop décourageante pour l'avenir : nous la concevons de M. Orfila, après le travail pénible auquel il s'est livré sans obtenir ce résultat; et nous pensons qu'il serait plus exact de dire qu'il était au-dessus des forces d'*un seul homme* d'établir cette approximation : car il est facile de comprendre ce qu'ont de pénible et de dégoûtant des recherches de ce genre. M. Orfila n'a pas pu atteindre ce but; mais il n'en a pas moins présenté un nombre considérable d'observations qui, rapprochées de celles qui pourront être faites par la suite, conduiront peut-être à quelque chose de plus po-

sitif. J'en trouve la preuve dans un grand nombre de passages où M. Orfila dit : « La saponification n'est complète qu'au bout de trois ans ; tel phénomène ne se manifeste que dans les trois premiers mois ; tel autre après tant d'années, etc. » Or, ce sont là des époques au moins approximatives. Que les médecins ne se laissent donc pas décourager ; qu'ils ajoutent à ces faits, de manière à arriver à un résultat au moins *approximatif*, résultat que l'on obtiendra par des observations plus nombreuses.

La succession des phénomènes énumérés dans les cinq phases précédentes n'est pas en rapport avec ce que Fourcroy a publié sur la putréfaction des cadavres dans le sein de la terre. D'après les renseignements qu'il a recueillis auprès des fossoyeurs, les corps enterrés ne changent sensiblement de couleur qu'au bout de sept à huit jours. C'est par le bas-ventre que débute cette première altération. L'abdomen se boursoufle, et paraît être distendu par des fluides élastiques qui se dégagent dans son intérieur. Ce boursouflement a lieu plus ou moins promptement, suivant que l'abdomen est plus ou moins gros et rempli de fluides, suivant la profondeur où les corps sont enfouis, et surtout suivant la température plus ou moins chaude de l'air. Ainsi, en réunissant toutes les circonstances favorables à ce premier degré de la décomposition putride, un corps très gras, dont le ventre est infiltré, enterré à peu de profondeur, dans une saison chaude, offre ce boursouflement du bas-ventre au bout de trois ou quatre jours, tandis qu'un corps maigre, profondement enterré, pendant une saison froide, peut rester plusieurs semaines sans présenter d'altération sensible.

Les fossoyeurs ont cru remarquer qu'un temps d'orage avait une grande influence sur le boursouflement du ventre ; ils assurent que cet état de l'atmosphère favorise singulièrement cette dilatation. Suivant leur témoignage et leurs expressions, le ventre *bout* à l'approche des orages. Cette distension du ventre va, suivant eux, en augmentant jusqu'à ce que les parois, trop distendues, et leur tissu d'ailleurs relâché et ramolli par la putréfaction qui les attaque, cèdent à l'effort de cette extension intérieure, et se brisent avec une sorte

d'explosion. Il paraît que c'est à travers l'anneau ombilical et quelquefois autour du nombril que se fait cette espèce d'irruption ; il s'écoule alors par ces ouvertures un fluide sanieux, brunâtre, d'une odeur très fétide, et il se dégage en même temps un fluide élastique très méphitique.

Lorsque la rupture du bas-ventre est faite, la putréfaction abdominale, qui en est la cause, a déjà désorganisé les viscères mous de cette cavité; l'estomac et les intestins ne forment plus un tube membraneux continu. Rompues en plusieurs points, et déjà fondues en sérosités putrides, les portions des membranes qui restent encore tombent et s'affaissent sur elles-mêmes; bientôt la putréfaction qui s'y est établie, et dont la marche devient de plus en plus rapide, en détruit et en désorganise tout-à-fait le tissu. Il n'en reste donc, quelque temps après la rupture du bas-ventre, que quelques fragments qui s'appliquent et se confondent avec les parois mêmes de cette cavité. Le parenchyme du foie, plus solide, paraît résister à cette fonte septique; la putréfaction s'y ralentit, et ne va point jusqu'à la destruction complète : l'humidité n'y est plus assez abondante pour en faciliter la décomposition totale; et telle est sans doute la cause de ces fragments de *gras* que l'on trouve à la place de tous les viscères du bas-ventre. Le diaphragme, l'œsophage, le médiastin, les vaisseaux, les membranes, et toutes les parties molles contenues dans la cavité thorachique se désorganisent à peu près en même temps que les viscères abdominaux. La rupture des fibres du diaphragme paraît accompagner ou suivre immédiatement celle des parois du bas-ventre; à mesure que les liquides du thorax s'épuisent, les portions solides du cœur et des poumons éprouvent la même altération que la base de tous les autres organes; mais comme le tissu pulmonaire est très lâche et contient beaucoup de sucs, les parois des cellules qui les constituent s'affaissent et se compriment, de sorte que la forme des poumons se perd bientôt, et qu'il ne reste plus de leur substance que quelques masses irrégulières de gras de cadavre. Quoique les cavités du cœur donnent aussi lieu à l'affaissement de leurs parois musculaires, celles-ci étant d'un tissu plus dense, perdent moins de

leur forme générale, et donnent, par leur conversion en gras, naissance à ces masses irrégulièrement arrondies que nous avons dit exister dans la cavité thoracique.

Le même affaissement, la même désorganisation ayant lieu avec plus ou moins d'énergie dans toutes les parties musculaires, tendineuses et ligamenteuses qui environnent les os, suivant leur mollesse et la quantité de sucs dont elles sont pénétrées, la conversion en gras s'opère successivement dans toutes ces parties; tout ce qui est membraneux et plus ou moins muqueux se détruit et disparaît. C'est pour cela qu'on ne trouve plus de traces de vaisseaux, de nerfs, d'aponévroses au milieu du gras qui recouvre les os des extrémités. Voici, du reste, comment s'exprime Thouret, à l'occasion de l'ordre et des principaux phénomènes de cette transmutation en gras : c'est la peau qui la première subit la saponification. D'abord son tissu fibreux subsiste; mais le corps adipeux est déjà blanc. Lorsque celui-ci est passé à cet état, il offre encore en quelques parties la couleur jaune qui lui est ordinaire. Sous la peau et la couche de graisse déjà transformées, les muscles conservent encore quelque temps leur couleur. Les viscères sont long-temps aussi reconnaissables dans leurs cavités, où on les voit d'abord seulement affaissés, desséchés, et ayant perdu de leur volume. Mais bientôt ces mêmes parties subissent la conversion, et l'on voit se développer dans leur tissu la matière du gras qui les pénètre enfin profondément. Toutes les chairs ayant éprouvé la transmutation, le tissu fibreux subsiste encore dans les masses qu'il forme, et ce n'est que lorsqu'il n'en reste plus de vestiges que la saponification est complète.

Plus tard, il y a tout lieu de croire que le gras se décompose par l'action des pluies qui réduisent le corps à l'état de squelette. La décomposition dont il s'agit commence par les cavités. On ne trouve plus dans le thorax et dans l'abdomen qu'une petite quantité de gras sous forme de débris et comme émiettés. Alors les os sont désarticulés, le sternum et les téguments du ventre sont appliqués sur la colonne épinière; les côtes sont couchées de chaque côté, les vertèbres séparées, et l'on trouve dans les jeunes sujets les épiphyses détachées. La décomposition a lieu

ensuite dans les chairs par la partie qui correspond au tissu cellulaire. Ce gras, toujours spongieux et d'une consistance plus rare, se réduit aussi en débris ou en fragments plus ou moins atténués. La peau et le corps adipeux se conservent d'une manière plus durable; ils offrent des plaques plus ou moins épaisses et étendues, diversement configurées, le plus ordinairement en forme circulaire, qui s'appliquent sur les os longs, qu'elles enveloppent et qu'elles touchent immédiatement; elles conservent long-temps leur densité et leur blancheur, le cuir chevelu surtout. Mais ce gras lui-même se détruit à la longue, et l'on ne trouve plus enfin à la surface des os qu'une substance peu abondante, ou molle comme de l'argile détrempée peu épaisse, et dont elle a la couleur; ou bien, sèche, friable, et d'une teinte plus rembrunie. Il paraît que c'est le résidu des principes colorants et indestructibles, ou le principe terreux peut-être, qui restent ainsi comme mêlés d'un peu de gras.

Il existe une différence assez grande entre l'exposition des phénomènes de la putréfaction d'après Fourcroy et Thouret, comparée à celle que nous avons tracée précédemment d'après M. Orfila. Dans le tableau que nous ont donné les deux premiers auteurs, les phénomènes y sont esquissés à grands traits et peuvent se réduire à quatre faits principaux : 1° le développement des gaz; 2° leur expulsion suivie d'une putréfaction humide et désorganisatrice des parties molles; 3° l'arrêt de cette putréfaction, à laquelle succède la transformation en gras de toutes les portions animales qui existent; 4° la destruction plus ou moins lente de ce gras de cadavre.

M. Orfila, au contraire, ne signale le développement gazeux et la fonte putride que comme des circonstances plutôt accidentelles que communes. Dans la première phase, les tissus se ramollissent; dans la seconde, ils se dessèchent; dans la troisième, ils passent au gras; dans la quatrième et dans la cinquième, ils se détruisent peu à peu. J'ai donné à dessein ces deux tableaux différents, parce qu'ils me paraissent tous deux exacts; mais je crois devoir rapporter celui de Fourcroy et de Thouret à la putréfaction qui a lieu lorsque les cadavres sont

enterrés pendant l'été, et celui de M. Orfila à celles qui surviennent lorsque les sujets sont inhumés pendant l'hiver. Si en effet on veut parcourir les dates d'inhumations du plus grand nombre des observations rapportées par M. Orfila, et surtout de celles qui lui ont servi de type de description pour les premières phases de la putréfaction, on verra qu'elles se rapportent toutes à des sujets inhumés et exhumés pendant la saison froide. Il existe bien des observations d'inhumation faites pendant l'été; mais l'exhumation n'en a plus eu lieu que fort tard, et à une époque où les altérations des tissus coïncident, quelle que soit la manière dont la putréfaction a débuté.

La putréfaction dans la terre est susceptible de recevoir des modifications de la part de toutes les circonstances que nous avons tracées en traitant de l'influence générale des agents physiques sur les organes (voy. *Putréfaction en général*), en raison de la nature du terrain dans lequel le corps est placé. Ainsi la terre dite végétale favorise la putréfaction humide ou liquide; le sable et les terrains calcaires l'arrêtent. Un terrain argileux favorise la transformation en gras; et comme il existe des nuances infinies dans la nature des terrains, dans leur humidité et leur sécheresse, dans leur température, la putréfaction en est d'autant modifiée. La formation des momies naturelles est entièrement basée sur le concours de circonstances peu favorables à la putréfaction, soit que la momie se forme dans un caveau parfaitement clos et sous une latitude assez élevée, soit qu'elle ait lieu dans les sables brûlants de l'Arabie ou de la Perse (Corassan), où il en existe qui sont ensevelies depuis deux mille ans.

Dans la momification, toutes les parties conservent leur forme naturelle, et la figure, assez de sa physionomie pour que le sujet puisse être reconnu. La peau ressemble à un cuir sec et ridé; les ongles gardent même leur fraîcheur; le tissu cellulaire, sa souplesse et son intégrité. Les ligaments, les tendons ont acquis une solidité telle, qu'ils résistent au tranchant du scalpel et qu'il faut une force considérable pour les diviser. Les artères et les nerfs prennent aussi plus de solidité; les veines disparaissent; le périoste se détruit en grande partie; les os diminuent considérablement de poids. Toutes les parties

placées dans l'intérieur des cavités, muscles, tendons, cartilages, foie, poumons et viscères, ressemblent à de l'amadou, se réduisent en poussière sous les doigts, et la matière pulvérulente prend feu quelquefois même en produisant une certaine explosion ; nous citerons pour exemple la matière du cerveau. Tel est, au moins, le résultat des observations faites sur les momies déposées dans les caveaux des Cordeliers et des Jacobins de Toulouse. Leur poids moyen était de dix livres, quoique les sujets eussent dû peser cent cinquante livres environ.

L'air non renouvelé a une grande influence sur la momification. Le fait, que j'ai cité dans le cours de cet article, d'un enfant que j'ai conservé pendant trois ans dans une cage de verre, et qui s'était momifié dans un cercueil en plomb, en est une preuve frappante, et démontre aussi combien l'oxigène est nécessaire à la putréfaction. Il paraît que lorsqu'une masse d'air a été aussi viciée que possible par les émanations putrides, elle constitue une atmosphère qui suspend la putréfaction humide et détermine la formation du gras de cadavre, qui devient un moyen de conservation du corps. Telle est l'opinion qui a été émise par M. de Puymaurin, et nous la partageons entièrement. « Semblable, dit-il, à de la braise que l'on place allumée dans un four dont la bouche est close, l'air pur y étant bientôt absorbé, il ne reste plus que le méphitique ; les lumières s'y éteignent, la braise cesse alors de se détruire, et redevient un charbon ordinaire. » Bien entendu que cette explication ne peut être prise qu'au figuré.

Il y a tout lieu de croire que la momification peut avoir lieu de deux manières : 1° par dessiccation et évaporation de tous les liquides de l'économie ; c'est ce qui s'effectue sur le sable sous des latitudes très élevées ; 2° par saponification ; c'est ce qui a lieu dans les cercueils ou dans les caveaux hermétiquement fermés.

Afin de compléter ce qui est relatif à la putréfaction dans la terre, nous extrayons du traité des exhumations juridiques de M. Orfila le résumé des changements physiques qu'éprouvent les tissus, lorsque les corps sont enterrés dans des fosses particulières, cette dernière circonstance se présentant le plus communément à l'observation.

DES CHANGEMENTS PHYSIQUES QU'ÉPROUVENT LES TISSUS DES CADAVRES ENTERRÉS DANS DES FOSSES PARTICULIÈRES.

Epiderme. — L'épiderme a une tendance marquée à se détruire. Dans les premiers temps, il s'amincit, se ramollit, et tend à faire corps avec le linceul, ou avec la terre si le cadavre a été enterré tout nu; dans les parties où il n'a pas été enlevé avec la terre qui le recouvrait, il est plissé, soulevé, et facile à détacher en lambeaux minces, translucides, d'un blanc grisâtre, même à l'abdomen, où le derme est coloré en vert; à la paume des mains et à la plante des pieds, où il est plus épais, il est plus sec, plus mat, d'un blanc tirant légèrement sur le jaune, rugueux, fortement plissé, et semblable à celui de la même partie, sur lequel on aurait appliqué pendant long-temps un cataplasme émollient ; quelquefois sa face interne est partiellement colorée en rouge ou en vert par un liquide séreux que l'on peut enlever par l'eau, et alors la couleur blanche du tissu reparaît. Il n'est guère possible d'établir l'ordre suivant lequel les parties se dépouillent de leur épiderme, parce qu'il n'y a rien de constant à cet égard.

A une époque un peu plus avancée, les portions d'épiderme qui ne sont pas encore séparées commencent à éprouver une altération remarquable; souvent elles deviennent graisseuses, et adhèrent de plus en plus à la terre ou au linceul qui les recouvre; elles forment alors des couches d'un jaune rougeâtre ou brunes, composées de plusieurs petites élévations arrondies, comme lenticulaires et confluentes; quelquefois, au lieu de ces couches, on trouve une mucosité gluante et grasse, qui semble fournir un moyen d'agglutination entre certains organes. C'est par son intermède, par exemple, que la partie interne des membres thoraciques est souvent collée au thorax. Il arrive aussi qu'au lieu d'un enduit gras et poisseux, on en trouve un autre qui est sec et comme de la croûte de fromage desséché. Les enduits dont nous parlons, sous quelque forme qu'ils se présentent, sont quelquefois recouverts de moisissures blanches, floconneuses, semblables, dans certains cas, à de la gelée blanche. Plus tard l'épiderme a disparu; cependant, si pendant la vie il a été soulevé par de la sérosité, il peut se faire qu'il résiste à la putréfaction, et qu'on le trouve encore, au bout de plusieurs mois, avec la plupart des caractères qui lui sont propres.

Ongles. — Les ongles se ramollissent, acquièrent une couleur grisâtre et perdent de leur élasticité; ils deviennent aussi de moins en moins translucides; on peut les arracher facilement, même lorsque le cadavre n'était enterré que depuis vingt ou trente jours; la peau qu'ils recouvrent dès cette époque est lisse, humide, et d'un rouge vif, comme de la gelée de groseilles ; plus tard, les ongles tombent après s'être desséchés.

Cheveux et poils.—Ces parties résistent long-temps à la putréfaction; nous les avons constamment trouvées avec toutes leurs apparences, même après plusieurs années d'inhumation.

Peau. — Après avoir étudié séparément l'épiderme, nous allons examiner les changements qu'éprouve la peau, que nous ne supposerons pas être dépouillée de sa cuticule. Dans les premiers temps, elle est de couleur jaunâtre, tirant un peu sur le rose; cependant on voit çà et là des teintes verdâtres, rougeâtres et violacées; du reste, elle est à peine ramollie, nullement corrodée, et presque dans l'état naturel. On peut établir en principe qu'elle est plus humide à la partie postérieure du tronc que partout ailleurs.

Plus tard, elle est quelquefois recouverte dans certains endroits de petites granulations comme sablonneuses, formées par du phosphate de chaux. Alors, par l'effet de la putréfaction, elle est presque décollée au dos, où elle paraît former une poche, comme le fait la peau du crapaud au corps de cet animal; son épaisseur n'a pas encore sensiblement diminué, si ce n'est aux paupières, où elle se déchire facilement; sa structure est parfaitement reconnaissable, et nulle part on ne la voit transformée en gras.

Plus tard encore elle commence à se dessécher, devient plus mince, et prend une couleur qui varie du jaune fauve au jaune presque orangé, et au brun quelquefois assez foncé; elle est recouverte par l'enduit dont nous avons parlé à l'occasion de l'épiderme, et dans certains points par de la moisissure. Cette dernière n'existe guère dans les parties les plus humides, comme au dos, tandis qu'il y en a beaucoup plus dans celles qui sont ordinairement sèches; la dessiccation fait tous les jours de nouveaux progrès; l'enveloppe tégumentaire semble se tanner; aussi lorsqu'on frappe avec le manche d'un scalpel sur une partie quelconque du cadavre, on entend un bruit à peu près semblable à celui qu'on produit par la percussion sur une boîte de carton. Si alors on incise ce tissu, on voit que la coupe offre l'aspect d'une couenne grisâtre, et déjà on distingue une tendance évidente à la saponification, tendance qui est surtout marquée là où le tissu cellulaire est chargé de graisse; c'est aussi dans ces parties qu'en général la peau se conserve le mieux, et si elle se détruit aisément au pourtour de l'anus, cela tient à la facilité avec laquelle les vers peuvent l'attaquer. Son adhérence aux parties sous-jacentes varie; quand elle est appliquée sur le dos, elle y tient par du tissu cellulaire sec, facile à déchirer et à séparer; elle est au contraire très adhérente lorsqu'elle répond à des portions fournies de tissu cellulaire graisseux, ou lorsqu'elle recouvre des parties musculaires, sans l'intermédiaire de ce tissu graisseux abondant.

A une époque encore plus éloignée, la dessiccation et l'amincissement de la peau augmentent là où elle n'a pas été saponifiée, et, comme précédemment, ce sont les parties antérieures qui sont plus sèches. Quelquefois même elle est déjà excessivement desséchée en avant, que la partie postérieure est encore très humide, très amincie, et en partie détruite par les vers. Elle brunit de plus en plus ou devient d'un jaune sale; mais en général elle conserve encore assez de consistance, quoiqu'elle soit détruite et comme corrodée en plusieurs points. Enfin l'a-

mincissement est porté au point que le tissu disparaît peu à peu. Il est inutile d'indiquer que la destruction de l'organe cutané est beaucoup plus rapide dans les portions qui n'ont été ni desséchées ni transformées en gras.

Tissu cellulaire sous-cutané. — Ce tissu change à peine dans les premiers temps ; toutefois il est aisé de remarquer, même de bonne heure, qu'il se comporte différemment à la partie antérieure du corps, qu'en arrière et suivant l'épaisseur des couches qui l'avoisinent ; ainsi, loin de s'infiltrer, il se dessèche et conserve assez de résistance quand il est placé à la partie antérieure du tronc, surtout là où la couche musculaire est mince, comme à l'abdomen et au milieu du thorax ; il est au contraire infiltré, mou, peu résistant dans toute la partie postérieure du tronc. Cette infiltration peut être simplement sanguinolente, ou bien à la fois sanguinolente et huileuse ; dans ce dernier cas, des gouttelettes jaunes, comme graisseuses, sont mêlées au liquide rouge. A la partie postérieure de la tête et du cou, et même dans presque toute l'étendue du dos et des lombes, l'infiltration, dont il est le siége, est plus ou moins violacée, et présente un aspect gélatineux assez semblable à celui du tissu cellulaire épicrânien de certains enfants nouveau-nés. Là, ce tissu est gonflé et se déchire avec facilité ; dans la région fessière et à la partie postérieure des membres, cet état gélatineux est à peine marqué, et le liquide qui imbibe le tissu cellulaire s'écoule avec beaucoup plus de facilité ; dans les régions latérales du thorax et de l'abdomen, ce tissu offre en quelque sorte un état d'infiltration intermédiaire entre celui de la partie antérieure et de la partie postérieure du tronc ; en avant et sur les côtés des cuisses et des bras, où la couche musculaire est assez épaisse, il est humide sans être infiltré, et se déchire facilement, ce qui tient évidemment à l'altération putride qu'il éprouve déjà, et qui est plus marquée là, que dans les endroits où les muscles sont moins épais. Il est inutile d'ajouter que l'infiltration du tissu dont il s'agit sera surtout considérable quand le cadavre baignera pour ainsi dire dans un liquide, comme dans les cas d'anasarque.

Plus tard, surtout chez les sujets gras, le tissu cellulaire adipeux tend à se transformer en savon ; il devient d'un gris blanchâtre ou jaunâtre, de consistance de suif et onctueux au toucher ; partout où il est très abondant, il offre, lorsqu'on l'incise, un aspect poreux, feuilleté, résultant de la présence de petites locules vides, produites elles-mêmes, soit par la dessiccation, soit par le dégagement des gaz ; plus tard encore, nous l'avons vu comme desséché, mat, blanc, ou d'un blanc grisâtre, filamenteux et facile à déchirer, là où il est ordinairement peu graisseux ; tandis qu'il était jaunâtre, peu résistant, humide, et assez semblable à du lard bouilli et refroidi, dans les endroits où il est graisseux. Enfin, il était d'un jaune orangé, d'un aspect globuleux et évidemment saponifié partout où il était encore plus graisseux. La transformation en savon du tissu cellulaire graisseux est loin d'être un phénomène constant. Nous avons en effet rencontré ce tissu dans l'état na-

turel chez un individu qui était enterré depuis six mois, et qui était maigre; tandis que chez une femme enterrée depuis le même temps, dans le même terrain, qui était grasse, ce tissu était déjà saponifié dans plusieurs points.

A une époque plus avancée, le tissu cellulaire non saponifié se détruit après s'être desséché et avoir bruni.

Tissu musculaire. — Les muscles commencent par se ramollir ; en général, ils deviennent d'abord d'un rouge moins foncé partout où ils ne sont pas très infiltrés; quelques uns cependant offrent une couleur violacée; ceux de l'abdomen sont souvent verts. Quelque temps après, leur tissu est encore très reconnaissable; il n'est pas transformé en gras, si ce n'est dans les orbites, où la saponification paraît avoir lieu bien plus tôt que dans les autres parties. Leur couleur est alors verdâtre ou lie de vin. La première de ces colorations est beaucoup plus commune que la seconde, qui ne se remarque guère que dans les endroits où l'on trouve une infiltration sanguinolente.

Le tissu dont il s'agit est partout humide (les orbites exceptés), et dans plusieurs parties il est imbibé par un liquide séro-sanguinolent de la même couleur que celui qui imprègne le tissu cellulaire, et qui est tellement abondant dans certaines régions, surtout au dos, qu'il en découle une grande quantité non seulement par la pression, mais encore par la simple incision. Il est même des muscles qui ressemblent à une gelée au milieu de laquelle se trouveraient des fibres charnues, réunies pourtant de manière à ce qu'on pût très bien reconnaître la forme des organes que l'imbibition a envahis. Malgré cette imbibition, qui devrait augmenter leur volume, les muscles sont affaissés, et leurs fibres pour ainsi dire dissoutes dans le liquide à la partie antérieure des membres. Le tissu musculaire forme une couenne très peu épaisse sur les os qu'il recouvre. La résistance qu'il présente est en général considérablement diminuée, et la facilité avec laquelle on la déchire est en raison directe de son imbibition. Or, comme cet état est plus marqué à la partie postérieure du tronc, et là où les couches musculaires sont plus épaisses que partout ailleurs, c'est aussi là que les fibres se déchirent avec le moins d'effort.

Le tissu musculaire, après s'être ramolli et coloré plus ou moins en verdâtre ou en lie de vin, ou bien, au contraire, après être devenu plus pâle, se saponifie ou se détruit. La saponification a surtout lieu chez les personnes grasses. Les fibres musculaires pâlissent de plus en plus; quelques unes d'entre elles sont déjà changées en savon blanchâtre, que d'autres conservent encore leur couleur rosée. Nous n'avons jamais vu un muscle tout entier transformé en gras. L'autre genre d'altération, celui qui amène la destruction du muscle, est beaucoup plus commun; voici comment elle a lieu :

Après s'être ramolli, le tissu cellulaire se dessèche petit à petit, et perd de son volume à un point tel que les masses qu'il forme s'aplatissent. A mesure que la dessiccation augmente, il prend une teinte plus

foncée ; enfin il peut être tout-à-fait brun. Mais, malgré ces aplatissements et cette coloration, on peut encore reconnaître les tendons, les aponévroses et la structure fibreuse de cette sorte de membrane. La dessiccation pourtant n'atteint pas tous les muscles qui se détruisent, et ceux qui se conservent humides offrent toujours une couleur foncée, verte ou lie de vin.

Plus tard, les fibres musculaires desséchées se détruisent, et il ne reste plus à leur place que des feuillets membraneux grisâtres, ou d'un jaune brunâtre, dans lesquels il est impossible de reconnaître des fibres. Quelquefois ces feuillets sont humides, bruns et assez semblables à des feuilles de tabac que l'on aurait mouillées après les avoir desséchées. Enfin, dans quelques parties du corps, on ne trouve à la place des muscles que des masses aréolaires brunes et même noirâtres, semblables par leur aspect à certains polypiers.

A la région postérieure des membres, la dessiccation dont nous parlons n'est jamais aussi complète ; nous ne l'avons pas non plus remarquée dans la région du dos ou des membres, où les muscles sont constamment baignés dans les liquides. Dans ces endroits ils se détruisent pour ainsi dire par macération.

Tissu aponévrotique et tendineux. — Les aponévroses qui enveloppent les muscles conservent long-temps leur brillant et leur consistance ; mais elles ont en général une couleur légèrement bleuâtre là où elles sont épaisses. Il en est de même du tissu tendineux, dont la couleur toutefois est plus blanche et plus éclatante, ce qui tient évidemment à sa plus grande épaisseur. En effet, dans les parties où les tendons existent sous la forme aponévrotique, ils ont une teinte analogue à celle des aponévroses.

Plus tard, et à une époque déjà assez avancée, les aponévroses et les tendons deviennent d'abord opalins et jaunâtres, puis de couleur brune, claire, et même foncée ; ils se dessèchent plus ou moins complétement et perdent l'aspect nacré qui leur est propre ; mais il suffit de les mettre en contact pendant quelque temps avec l'eau pour qu'ils reprennent leur caractère primitif ; ce sont eux qui constituent avec le tissu cellulaire la totalité ou la presque totalité de ces masses feuilletées, qui sont les seuls restes des parties molles que l'on remarque dans les diverses parties du corps, et qui, à leur tour, finissent par se détruire entièrement, en sorte que le cadavre se trouve réduit au squelette.

Le tissu tendineux est un de ceux qui résistent le plus à la putréfaction.

Tissu ligamenteux. — Pendant les premiers mois, les articulations conservent tous leurs rapports et sont maintenues par des ligaments qui ont à peine changé d'aspect et qui présentent encore beaucoup de résistance. Plus tard, le tissu ligamenteux se ramollit, jaunit, et, au bout d'un temps assez long, finit par se détruire complétement. Il résiste beaucoup moins à la décomposition que les tendons. Les ligaments croisés sont ceux que l'on peut reconnaître le plus long-temps ;

quant aux autres, ils sont tellement confondus, au bout de quelques mois, avec les parties molles qui environnent ces articulations, qu'il est impossible de les distinguer.

Tissu cartilagineux. — Les cartilages articulaires offrent pendant long-temps l'aspect et la texture qui leur sont propres, excepté qu'ils sont légèrement rosés ; plus tard, ils deviennent jaunâtres, et commencent à s'amincir ; leur consistance diminue de plus en plus ; enfin, ils se détruisent, et il ne reste plus à leur place, sur les surfaces articulaires, qu'un enduit très mince, humide, légèrement graisseux, et de couleur bistre. Les cartilages costaux brunissent aussi et perdent leur souplesse ; mais, avant de disparaître, ils deviennent tout-à-fait noirs, fragiles, et sont comme vermoulus.

Tissu osseux. — Les os subissent à peine de l'altération, même au bout de plusieurs centaines d'années. On a trouvé, à Saint-Denis, ceux du roi Dagobert, mort il y a près de 1,200 ans ; à la vérité, ils étaient dans un coffre de bois, placé lui-même dans un tombeau de pierre. Haller dit, dans les premières pages de ses Eléments de physiologie, que la gélatine des os s'est conservée pendant 2,000 ans dans des momies, tandis qu'à l'air ou dans des terrains humides, quelques siècles suffisent à sa destruction : alors, les os se convertissent en poussière et disparaissent ; les dents résistent long-temps, l'émail est presque indestructible.

Tissu séreux. — Les plèvres, le péritoine, etc., deviennent d'abord grisâtres, se ramollissent ; plus tard, ces membranes s'amincissent, se déchirent facilement, et tendent à se dessécher ; plus tard encore, leur couleur se fonce et passe au bleuâtre, au brun olive et au noir bleuâtre ; quelquefois aussi leur surface est enduite d'une couche noire, comme graisseuse, enfin elles disparaissent. Nous avons pu reconnaître la plèvre chez un sujet enterré dans une bière épaisse, et ouverte quatorze mois après la mort.

Encéphale. — Le cerveau, qui se pourrit si vite quand il est hors du crâne, résiste sensiblement aux mouvements de décomposition putride tant qu'il est enfermé dans cette boîte osseuse. Quelquefois, avant l'inhumation, les vaisseaux sont gorgés de sang par l'effet de la mort ; ce qui tient à la distension de l'estomac par des gaz et au refoulement en haut du diaphragme et du sang contenu dans le côté droit du cœur. Pendant plusieurs semaines, à moins que la température n'ait été fort élevée, le cerveau conserve assez toutes ses propriétés normales pour qu'on puisse y reconnaître les diverses parties qui entrent dans sa composition, et constater les traces d'épanchements et de ramollissements pathologiques. Cependant il tend de bonne heure à devenir d'un gris olivâtre ; quelque temps après il se ramollit, et le ramollissement commence par la substance grise ; il diminue de volume et ne remplit pas exactement la cavité du crâne. A cette époque, on aperçoit encore, sinon la totalité, au moins une grande partie des circonvolutions, ainsi que les deux substances dont la blanche est devenue grisâtre, et l'autre

d'un vert olivâtre. Dans un cas de mort, à la suite d'une apoplexie foudroyante, il fut trouvé, même d'assez bonne heure, réduit en une bouillie comme lie de vin ; plus tard, il est encore plus mou et pour ainsi dire réduit en une bouillie. Alors les deux substances, qu'il n'est pas permis de bien distinguer, sont verdâtres ou couleur de lie de vin, et répandent une odeur excessivement fétide. Il est inutile de dire que l'on ne reconnaît aucune des parties qui se trouvent dans les divers ventricules ; on voit çà et là, dans la masse de l'encéphale, des filaments entourés de granulations graisseuses qui semblent être des vaisseaux. A une époque plus éloignée encore, l'organe dont nous parlons n'est pas aussi fétide et sa consistance est augmentée ; il forme alors une masse d'un gris verdâtre semblable à de la terre glaise trempée ou azurée. Quelquefois cette masse est jaunâtre à sa surface ; dans d'autres circonstances, elle est percée de trous faits par des vers. Dans tous les cas, le cerveau diminue peu à peu de volume, et il arrive un moment où il n'occupe plus que le dixième et même que le douzième de la cavité du crâne, et alors il est souvent saponifié. Dans les nombreuses ouvertures que nous avons faites, nous avons constamment trouvé une plus ou moins grande partie de cet organe, tandis que déjà il ne restait aucun vestige d'autres viscères ; une fois seulement, le crâne était vide, parce que des vers nombreux avaient dévoré tout l'encéphale.

Le cervelet et la moelle épinière présentent les mêmes changements de consistance et de couleur que le cerveau ; ils sont cependant en général plus ramollis.

La pie-mère et l'arachnoïde se comportent à peu près comme les autres parties du tissu séreux. La dure-mère résiste beaucoup à la putréfaction et présente à peine des changements dans les premiers temps ; plus tard, elle devient presque toujours verdâtre, se ramollit, et se déchire souvent en lambeaux qui offrent une couleur ardoise claire.

Remarque. — On ne doit pas considérer la présence d'un liquide dans les ventricules cérébraux, le canal rachidien ou les aréoles de la pie-mère cérébrale, comme un effet cadavérique, et on ne pourrait l'attribuer à une cause pathologique qu'autant que ce liquide s'écarterait beaucoup, par sa quantité et ses qualités, des conditions qu'il présente dans l'état normal, et que nous allons exposer. On sait que les recherches de M. Magendie sur les animaux vivants et sur les cadavres d'individus chez lesquels il n'avait existé aucun dérangement des fonctions du système nerveux ont démontré, 1° que l'espace compris entre la moelle et la dure-mère est habituellement rempli par un liquide incolore, qui soumet la moelle à un certain degré de compression, nécessaire à l'exercice de ses fonctions, en même temps qu'il protège cet organe important contre les commotions violentes ; 2° que l'écoulement de ce liquide provoqué chez un animal vivant donne naissance à des symptômes graves, que fait bientôt cesser la régénération facile de cette humeur ; 3° qu'un liquide semblable infiltre les aréoles de la pie-

mère et distend modérément les ventricules cérébraux ; 4° que la position de ce liquide est surtout remarquable, puisque, dans le rachis comme à la surface du cervelet et du cerveau, il est placé, ainsi que l'avait déjà vu Cotugno, entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et le viscère lui-même, revêtu par la pie-mère ; 5° qu'une simple vapeur lubrifie en dedans les deux feuillets contigus de l'arachnoïde ; et que, quand on y rencontre de la sérosité, elle est en petite quantité rougeâtre, et due uniquement à la transsudation cadavérique, rarement à une irritation des méninges ; 6° que le liquide séro-spinal peut avec facilité passer du rachis dans les ventricules, et de ceux-ci dans le rachis, par une ouverture placée entre la face postérieure du bulbe rachidien et du cervelet (elle paraît cependant bouchée par une membrane chez les moutons).

On conçoit aisément que ce liquide peut passer aussi facilement du rachis dans les aréoles de la pie-mère cérébrale, puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, il est sous l'arachnoïde. Ces remarques font aussi prévoir que la position dans laquelle on place le cadavre pendant qu'on en fait l'examen peut favoriser l'accumulation de cette humeur vers le canal rachidien.

Les nerfs sont parfaitement conservés, même plusieurs mois après l'inhumation, et ne diffèrent de l'état normal que par leur solidité qui est moindre et par leur couleur qui est un peu rosée.

Globes oculaires. — Peu de jours après l'inhumation, la cornée transparente est déjà affaissée et notablement obscurcie, et les humeurs vitrée et aqueuse tendent à se colorer en bistre clair ou en rougeâtre. Quelques semaines après, l'affaissement a fait de tels progrès que les yeux semblent quelquefois vides au premier abord ; l'obscurcissement de la cornée et la coloration des humeurs ont augmenté ; celles-ci sont remplacées par un fluide peu consistant, de couleur bistre, qui paraît être dû à la choroïde ; le cristallin ainsi que les diverses membranes conservent leurs caractères. En général, nous avons trouvé des yeux entiers au deuxième mois; plus tard, ils se vident, et on ne rencontre que leurs membranes et le cristallin ; quelque temps après, il n'existe que les débris bleuâtres de la sclérotique ; enfin, plus tard, les cavités orbitaires ne renferment qu'une masse de gras de cadavre formée aux dépens des yeux dont on ne découvre plus de traces des muscles et du paquet graisseux de cette région. Il est peu d'organes qui disparaissent aussi promptement que les globes oculaires. Dans les exhumations faites à Bicêtre, nous n'en avons pas trouvé de vestiges, 4 mois après la mort.

Organes de la respiration et de la circulation. — Avant d'indiquer les divers états que nous ont présentés les poumons, voyons en peu de mots ce qu'ils nous offrent de remarquable. 24 ou 36 heures après la mort, si l'agonie n'a pas été longue, la portion des poumons qui était la plus déclive, au moment du refroidissement du cadavre, sera engorgée. Si, comme il arrive le plus ordinairement, l'individu

était couché sur le dos et que le cadavre n'ait pas été détourné, la congestion sanguine se trouvera dans les portions dorsales des poumons ; elle occupera, au contraire, leur partie antérieure et leur partie inférieure, si, au moment de la mort, l'individu avait été couché sur le ventre dans une situation verticale comme dans la suspension, et que l'on n'ait point changé l'attitude du cadavre pendant le refroidissement : dans ces différents cas, l'engorgement pourra être porté au point de diminuer la force de cohésion du parenchyme et de chasser entièrement l'air qui occupe les parties les plus déclives. Il est inutile de dire que les bronches se colorent également en rouge dans les portions de poumons où le sang s'est accumulé. Si l'agonie a été longue ou que le malade ait succombé à une affection du thorax avec gêne considérable de la respiration, la congestion sanguine occupera la partie des poumons la plus déclive. Au moment de la mort, on a beau retourner sur le ventre le corps d'un pareil individu qui vient d'expirer étant couché sur le dos, l'engorgement sanguin se trouve dans la portion dorsale de la partie thoracique des poumons. Celle qui est la plus déclive, au moment du refroidissement offre à peine quelques traces de congestion. Il suit de ce qui précède que l'on se tromperait en voulant juger, d'après la lividité de telle ou telle autre partie des poumons, la situation de l'individu au moment de la mort ou du refroidissement du cadavre, puisqu'il est évident que l'on doit tenir compte aussi de la durée de l'agonie. Les congestions dont nous venons de parler donnent quelquefois aux poumons, et surtout à leur partie postérieure, une couleur plus ou moins noire, qui, dans certaines circonstances, a pu être regardée par des médecins peu attentifs comme étant le résultat de la gangrène ou du sphacèle.

Examinons maintenant les divers états des poumons après une inhumation plus ou moins prolongée. Ils conservent leur aspect naturel pendant long-temps, mais ils ne tardent pas à devenir emphysémateux; ils ne sont pas plus gorgés de sang à leur partie postérieure, que lorsque la mort est récente. On peut même, au bout de quelques mois, reconnaître leur structure, et constater s'ils sont le siége d'une lésion pathologique. Plus tard, ils sont plus ou moins affaissés, et ils n'occupent plus les cavités des plèvres ; leur couleur devient d'un vert bouteille plus ou moins foncé, tirant sur l'ardoise, ou bleuâtre. A cette époque, il est rare qu'en les incisant on puisse reconnaître la structure qui leur est propre : ils sont plus mous, plus faciles à déchirer, et renferment un liquide couleur de bistre ; plus tard encore, ils offrent l'apparence de deux membranes très aplaties, d'un petit volume, collées contre les parties latérales de la gouttière vertébrale, et quelquefois couverts de moisissures blanches, et ils diffèrent déjà tellement de l'état normal, qu'on ne peut les reconnaître qu'à leur situation ; enfin, ils perdent peu à peu leur humidité, s'aplatissent de plus en plus, moisissent, et finissent par ne former qu'une masse mince, composée de plusieurs feuillets noirs et secs, qui est appliquée sur les parties posté-

rieures des cavités thoraciques et près de la colonne vertébrale. Cette masse elle-même ne tarde pas à se détruire.

La membrane muqueuse de la trachée-artère et du larynx commence par devenir d'un vert olive clair ou d'un vert noirâtre ; quelquefois cependant, surtout vers la partie supérieure de ce canal, elle est colorée en gris légèrement violacé, et parsemée çà et là de taches noirâtres. Plus tard, au lieu de la teinte verdâtre dont nous parlons, on trouve une coloration rougeâtre, ou lie de vin, surtout aux parties qui correspondent aux cerceaux cartilagineux ; enfin, la couleur devient noire ou d'un brun foncé. Dans certains cas, l'épithélium de cette membrane muqueuse se détache par petits lambeaux, dont la couleur varie. On remarque aussi quelquefois des granulations grisâtres, comme graisseuses, de la grosseur de deux têtes d'épingle à peu près, de forme irrégulière, paraissant formées d'autres granulations beaucoup plus petites. Ces corpuscules, quelquefois assez durs, ainsi que les petits lambeaux d'épithélium déjà mentionnés, pourraient être pris au premier abord pour des corps étrangers, introduits dans le canal aérien. Indépendamment de ces changements, le larynx et la trachée-artère se ramollissent de plus en plus ; les cerceaux cartilagineux perdent leur élasticité, et, au bout d'un certain temps, on ne découvre que les cartilages cricoïdes et thyroïdes, séparés l'un de l'autre, comme vermoulus, demi-transparents, de couleur jaunâtre, spongieux, cassants, et quelques anneaux de la trachée-artère, flexibles comme des cartilages, et d'un brun jaunâtre ; enfin, à une époque plus éloignée encore, il ne reste plus de vestiges de ces organes.

Diaphragme. — Ce muscle conserve pendant assez long-temps son aspect normal. Au bout de 6 ou 7 mois d'inhumation, nous avons souvent pu reconnaître son centre aponévrotique et des fibres musculaires. Plus tard, il s'amincit, se dessèche, devient olivâtre, se brunit, se perfore quelquefois, et finit par se réduire à une membrane brune, très mince, n'offrant plus ni la forme ni la nature de ce muscle. Dans certains cas, on trouve sur les deux faces des granulations dures et blanches de phosphate de chaux.

Cœur et vaisseaux sanguins. — Avant de faire connaître les changements de ces organes pendant l'inhumation, rappelons l'état dans lequel ils se présentent 24 ou 36 heures après la mort. Souvent le cœur est à l'état normal, quelquefois il est pâle ; dans d'autres cas, il offre une teinte rouge marquée, ou seulement des stries rouges, soit dans l'épaisseur de sa substance, soit à sa surface interne ; enfin, sa consistance peut être diminuée ; les artères et les veines peuvent également être le siége d'une coloration rouge, uniforme, ou striées à leur intérieur, quoique le plus ordinairement elles soient à l'état naturel. Cette teinte rouge se trouve indifféremment à la suite de toutes les maladies, et doit être considérée comme un phénomène cadavérique, résultat manifeste de la transsudation du sang qui se fait après la mort. Au reste, il est aisé de se convaincre par des expériences directes qu'il

doit en être ainsi. Que l'on introduise dans un uretère, dont la couleur est parfaitement blanche, une certaine quantité de sang fluide, on ne tarde pas à observer, après avoir lié ses deux extrémités, que le tissu de ce conduit acquiert une couleur rouge. Qu'à l'exemple de M. Chaussier, on injecte par la veine mésentérique une certaine quantité d'eau colorée avec de l'encre, et, quelques heures après, on trouvera la portion de l'estomac qui est recouverte par le foie teinte en noire. Cette liqueur transsudera à travers les parois de l'estomac, et formera à l'épiploon et au colon des taches plus ou moins étendues.

Si l'on examine le cœur après quelque temps d'inhumation, on voit qu'il est déjà sensiblement ramolli, flasque, d'un violet plus ou moins foncé, et plus rarement verdâtre, vide, ou contenant du sang en partie fluide, en partie coagulé; sa couleur se fonce de plus en plus, surtout à l'intérieur, où elle finit par devenir plus noire. Quelquefois les valvules présentent des taches bleuâtres, qui sont aussi l'effet d'une imbibition. D'autres fois, on remarque à la face interne des oreillettes, ou à l'extérieur de l'organe, des granulations blanches, dures, semblables à du sablon. Plus tard, le cœur s'aplatit ou se réduit à une sorte de languette d'un brun noirâtre, souple, amincie, et même déchirée dans quelques points, pareille à une double poche de gomme élastique, dont on peut encore écarter les parois de manière à reconnaître les deux ventricules; mais déjà on ne distingue plus la texture de l'organe; on aperçoit seulement quelques brides noirâtres qui doivent être les restes des colonnes charnues; enfin, comme tous les autres organes, il disparaît et laisse à sa place une couche noire, comme bitumineuse, qui s'enlève facilement par le lavage. Plus les parties molles des parois thoraciques sont détruites de bonne heure, plus la disparition dont nous parlons arrive promptement.

Péricarde. — Le péricarde se colore d'abord en rougeâtre, puis en rouge foncé, enfin en brun noirâtre, et se ramollit de plus en plus et finit par disparaître. Nous l'avons souvent vu contenir une plus ou moins grande quantité d'un liquide sanguinolent.

Vaisseaux sanguins. — On trouve en général, 2 et 3 mois après l'inhumation, une certaine quantité de sang noir fluide ou coagulé, soit dans les veines, soit dans les artères. Il est des cas cependant où nous n'en avons pas rencontré au bout d'un mois d'inhumation; et quelquefois nous avons vu, même 8 ou 9 mois après la mort, un liquide sanguinolent de couleur rosée. Les parois de ces vaisseaux se colorent d'abord en rose, puis en rouge, en violet foncé et en brun. C'est surtout à l'intérieur que ces teintes sont bien prononcées. Dans certains cas, la membrane interne devient vert bouteille; tantôt cette coloration est uniforme, tantôt ce sont des plaques ou des stries. Quoi qu'il en soit, pendant plusieurs mois, il est facile de séparer les unes des autres, les diverses tuniques de ces vaisseaux. Dans une de nos ouvertures, l'aorte était encore entière et parfaitement reconnaissable au bout de 14 mois d'inhumation.

Organes de la digestion; canal digestif. — On ne peut bien juger des changements qui s'opèrent dans le canal digestif pendant le séjour des cadavres dans la terre, qu'en examinant comparativement l'état de ce canal, peu de temps après la mort, avant l'inhumation, par exemple, et plusieurs semaines et même plusieurs mois après. Comment reconnaître en effet qu'il y a eu des changements de couleur, de consistance, etc., si l'on ne sait pas quelles sont habituellement les couleurs et la consistance des tissus de ce canal, quelque temps après la mort? C'est ce qui nous engage à tracer en peu de mots les principaux états du canal digestif, chez les individus qui n'ont pas succombé à une phlegmasie de cet appareil ; et comme nos observations ont eu surtout pour objet les cadavres des vieillards, c'est particulièrement de ceux-ci que nous allons nous occuper.

Quelle que soit la maladie qui occasionne la mort des vieillards (*hémorrhagie cérébrale, ramollissement du cerveau, pneumonie, pleurésie, maladies du cœur*), jamais ou presque jamais l'appareil digestif n'est dans un état parfait d'intégrité : il est rare que l'on ne rencontre dans l'estomac et les intestins des altérations diverses, que l'on ne peut considérer comme morbides que dans un très petit nombre de cas, et qui cependant ne sont pas l'état physiologique parfait. Bien plus, ces sortes d'altérations sont souvent beaucoup plus prononcées que ne le sont les traces que laissent après elles des maladies très intenses du conduit alimentaire, maladies qui ont pu seules déterminer la mort des malades. Dans toutes les affections étrangères au tube digestif, celles qui occasionnent les changements les plus remarquables sur la membrane qui le tapisse, sont, sans contredit, les maladies du cœur et des gros vaisseaux ; et, comme il est peu de septuagénaires qui meurent sans quelques altérations de ces organes, il en est peu aussi qui ne présentent quelques modifications dans la membrane muqueuse gastro-intestinale. Cette altération, qui ne sort pas des bornes physiologiques, tant qu'elle ne consiste que dans une injection mécanique plus ou moins considérable, peut être portée jusqu'à l'état morbide : aussi le sang, accumulé dans ces tissus perméables, agissant comme un corps étranger, finit souvent par déterminer une sorte d'inflammation (si l'on peut s'exprimer ainsi). Alors la rougeur est cerise, violette, lie de vin, et pénètre profondément la membrane muqueuse gastrique dans toute son étendue, ou seulement d'une manière plus marquée dans quelques uns de ses points ; d'autres fois le sang, ainsi accumulé, s'exhale dans les cavités gastro-intestinales, et donne lieu à des hémorrhagies consécutives.

Mais avant d'atteindre à ces points qui peuvent être considérés comme des états morbides, la membrane muqueuse gastro-intestinale passe par divers états qui ne gênent que peu ou point l'action des intestins, et qui peuvent être regardés à peu près comme physiologiques : alors l'œsophage est généralement plus injecté que dans l'état normal ; on rencontre çà et là, mais principalement vers le cardia et

vers le tiers inférieur, des plaques ou taches plus ou moins larges, violettes, ressemblant parfaitement à une ecchymose ; ces taches sont sous un épithélium plus épais et plus dense que celui qui revêt la membrane muqueuse gastrique, et même il en existe dans ce dernier cas. Le diamètre du conduit œsophagien est quelquefois rétréci d'une manière partielle. Dans les points qui correspondent aux endroits rétrécis, il existe des plis longitudinaux ; et, dans ces endroits, les parois de ces conduits paraissent plus épaisses et plus denses ; il est impossible d'ailleurs de reconnaître là les traces d'un travail inflammatoire.

L'estomac présente des variétés infinies de couleurs, de consistance, de volume, de diamètre, et la membrane muqueuse qui le tapisse, molle et spongieuse, recevant une multitude innombrable de vaisseaux capillaires, essentiellement perméables au sang, étant d'ailleurs continuellement en action, devient facilement, ainsi qu'on le conçoit bien, le réceptacle d'une quantité plus ou moins grande de sang, lorsqu'il existe quelque obstacle à la circulation ; aussi est-il extrêmement rare de trouver cette membrane d'un blanc légèrement et uniformément rosé, qui est sa couleur physiologique parfaite. Mais, dans l'exploration de cette membrane, il ne faut pas oublier qu'elle se pénètre avec la plus grande facilité des substances colorantes que renferme le ventricule. Les lotions les plus exactes et les plus répétées n'enlèvent jamais complétement la coloration produite par une imbibition ; aussi le vin, les décoctions de quinquina, colorent en rouge cette membrane, et pourraient faire croire à des observateurs peu attentifs ou peu exercés que la couleur qu'ils communiquent est le résultat d'une injection sanguine. D'autres préparations médicamenteuses ou alimentaires peuvent avoir un résultat analogue. Nous nous bornons à citer ces deux exemples. La présence d'un liquide colorant rouge doit d'abord faire naître des doutes sur la nature de la coloration de la membrane gastrique. Ajoutons encore que cette coloration est uniforme, et qu'on n'y distingue point ces arborisations, ces injections vasculaires, qui sont le caractère de la pénétration véritable du sang dans les vaisseaux capillaires ; d'ailleurs les lotions et la macération l'éteignent en partie, sinon complétement. Cette membrane ainsi colorée, la part de cette coloration mécanique ou chimique ainsi faite, il reste à examiner celle qui est le résultat de la stase du sang dans les vaisseaux.

La couleur alors de la membrane muqueuse varie depuis une teinte légèrement rosée ; depuis l'injection la plus légère jusqu'au noir foncé, et cela sans que les fonctions digestives aient été dérangées d'une manière notable. La grande courbure de l'estomac, le grand cul-de-sac, et surtout l'extrémité pylorique, sont le siége de cette pénétration sanguine ; soit parce que le système capillaire s'y trouve plus développé, soit enfin parce que les fluides y séjournant, favorisent l'injection de ces vaisseaux. On observe des plaques plus ou moins étendues ; car jamais, ou bien rarement, la coloration est uniforme, de couleur rosée, lie de vin, rouge vif. Brunes, bleuâtres, ardoisées, et même noires, ces

plaques ont l'étendue de la paume de la main, quelquefois plus, quelquefois moins. Il n'est pas rare de rencontrer la plupart de ces nuances dans un même ventricule, et les lignes qui les séparent sont souvent bien déterminées, de sorte qu'à côté d'une plaque rosée, on en voit une brune ou rouge, et la membrane muqueuse est souvent tachetée de nuances qui présentent un aspect scorbutique. La surface de cette membrane peut être lisse, polie ou rugueuse, pointillée, mamelonnée, et quelquefois parsemée de véritables fongosités très petites; souvent aussi de grosses veines bleuâtres rampent sous elle et sous la tunique muqueuse de l'intestin grêle, qui est d'une couleur blanchâtre et peu cendrée. Dans tous ces cas, l'individu vivant n'éprouvait rien vers les viscères.

La consistance de la membrane muqueuse est loin d'être la même dans toute son étendue; dans quelques points elle est si peu adhérente, qu'elle s'enlève par le frottement avec le dos du scalpel, et qu'elle se confond avec de la mucosité dont on a beaucoup de peine à la distinguer, tandis que, dans d'autres points, le tranchant de l'instrument la détache très difficilement.

Les parois de l'estomac sont quelquefois translucides; on voit seulement serpenter des vaisseaux d'un assez gros calibre dans leur épaisseur. L'estomac est alors d'un volume considérable; il peut être double de l'état naturel.

Dans certains cas, le viscère est ramassé, rétréci; ses parois sont épaisses, plus consistantes que dans l'état ordinaire. A l'intérieur, la membrane muqueuse est alors ridée, et offre une multitude de plis en général longitudinaux. On observe aussi des dilatations et des rétrécissements partiaux. L'estomac présente alors l'aspect d'une gourde, et c'est vers le point rétréci que la membrane interne présente les plis dont nous avons parlé. Dans quelques circonstances, on trouve la plus grande partie de la membrane muqueuse complétement enlevée vers le grand cul-de-sac de l'estomac sans qu'il y ait eu maladie du tube digestif, mais alors l'appareil circulatoire est développé outre mesure.

Telles sont les modifications les plus ordinaires que l'on rencontre dans l'estomac des vieillards qui meurent de maladies du cœur. Ces modifications peuvent être considérées jusqu'à un certain point comme physiologiques, puisqu'elles permettent le libre exercice des fonctions du ventricule. Mais, dira-t-on, la maladie de l'estomac a été latente dans ces différents cas; nous répondrons que ces cas étant excessivement nombreux, et la manière dont ils se produisent étant susceptible d'une explication plausible, d'après les lois physiologiques, nous aimons mieux les considérer comme des modifications coïncidant avec l'état de santé que comme des cas pathologiques exceptionnels.

Les intestins, surtout ceux qui plongent dans le petit bassin, présentent des modifications analogues à celles de l'estomac.

Le duodénum est souvent rouge, injecté, brun, etc., mais ordinairement beaucoup moins que l'estomac; le séjour de la bile qu'il ren-

ferme lui fait contracter une nuance jaune verdâtre qui le distingue très bien de l'estomac, lorsque ce fluide n'a pas remonté par le pylore dans la cavité gastrique. De toutes les divisions intestinales, celle qui est le plus souvent exempte d'altération, c'est le jéjunum coloré en jaune ou en vert par la bile que ces nombreuses villosités retiennent; il est rarement le siége d'injections notables, d'hypertrophies ou d'atrophies de ses parois, de dilatation et de rétrécissement, quoiqu'il n'en soit pas entièrement exempt; mais l'iléon est au moins aussi souvent le siége de ces injections violacées, brunes, noirâtres, bleuâtres, que nous avons signalées dans le ventricule. La position très déclive de cet intestin, qui séjourne presque entièrement dans le petit bassin, le cadavre étant couché sur le dos, paraît être la cause de ce phénomène qui se passe sans doute dans les dernières heures de la vie ou dans les premières qui suivent la mort.

La membrane muqueuse de cet intestin est en effet bien souvent d'un rouge très foncé et véritablement lie de vin. Cette coloration occupe la totalité de la tunique; elle est seulement plus prononcée par intervalles. L'aire de l'intestin est souvent rétrécie; les parois paraissent alors hypertrophiées; dans d'autres cas plus rares, le diamètre est plus grand et les parois sont plus minces. Cet amincissement est quelquefois tel, que l'intestin est pellucide, transparent, et paraît réduit à sa membrane séreuse. Enfin on observe aussi des rétrécissements et des dilatations alternatifs.

Le rectum, le colon ascendant, transverse et descendant, sont loin de rester étrangers à ces modifications dont nous parlons. Toutefois, elles y sont moins prononcées et moins fréquentes que dans les autres parties du tube digestif; les épaississements, les rétrécissements, les dilatations sont les modifications les plus ordinaires; les injections le sont beaucoup moins. En effet, la coloration du gros intestin, à moins que cet organe n'ait été le siége d'un travail morbide, est, la plupart du temps, d'un blanc légèrement rosé, c'est-à-dire physiologique: bien entendu qu'on a dû le nettoyer exactement des fèces qu'il contient et dont la couleur pourrait avoir altéré la sienne.

Si, après avoir examiné le canal digestif de ces vieillards qui ont succombé avec une maladie du cœur, et le cas est excessivement commun, nous étudions ce même canal chez d'autres vieillards qui ne présentaient aucune trace de cette lésion, nous verrons qu'à la suite de brûlures qui déterminèrent la mort d'un homme de soixante-quinze ans, au bout de huit jours, la membrane muqueuse gastrique était grisâtre et celle des intestins d'un gris de cendre; que chez une femme de quatre-vingts ans, morte de vieillesse, la tunique interne de l'estomac était aussi d'une couleur cendrée; celle du duodénum blanchâtre avec une nuance jaune, peu intense; celle du jéjunum, de l'iléon, du colon et du rectum blanchâtre, et celle du cœur grisâtre. M. Billard, à qui nous avons emprunté ces deux faits, place au nombre des colorations qu'il faut considérer comme des phénomènes cadavériques, chez des

individus dont la membrane muqueuse gastro-intestinale est dans l'état sain, des plaques jaunes plus ou moins étendues ou de simples bandes de cette couleur répandues sur la surface muqueuse du duodénum et du jéjunum.

Les variétés de coloration de la membrane muqueuse gastro-intestinale, pour être moins nombreuses chez les adultes que chez les vieillards, n'en existent pas moins. Si l'individu est mort subitement, pendant la digestion, d'une affection qui n'intéresse pas le canal digestif, la tunique interne de l'estomac est ordinairement de couleur rosée, tandis que celle des intestins est grise, cendrée ou blanche, avec ou sans plaques jaunes. La coloration de la partie interne du tube digestif peut au contraire être plus rosée ou plus foncée, si la mort n'a pas eu lieu pendant la digestion et qu'elle n'ait pas été prompte, quoique la maladie à laquelle on a succombé n'ait pas été de nature à altérer directement les tissus de l'estomac et des intestins.

Nous terminerons cette esquisse rapide des divers états sous lesquels peut se présenter le canal digestif avant l'époque de l'inhumation, par quelques considérations sur les lividités cadavériques de ce canal. On sait qu'il n'est pas rare de trouver sous la membrane séreuse, dans le tissu même de la partie, des taches rouges-livides ou noirâtres, étendues, irrégulières, semblables à celles que l'on voit à la peau des cadavres. Ces taches occupent la partie du canal digestif qui était la plus déclive au moment du refroidissement : elles ne dépendent que de la stase de la congestion du sang dans les capillaires, et ne sauraient être regardées comme des traces d'inflammation. Les deux observations suivantes mettront cette vérité hors de doute : 1° à l'ouverture de l'abdomen d'un individu qui succomba brusquement à une attaque d'apoplexie, et qui se trouvait peu de temps auparavant dans un état de santé parfaite, on observa que toutes les anses intestinales superposées, et la portion de l'estomac que l'on put découvrir, étaient d'une pâleur remarquable; on n'aperçut de rougeur que dans la partie la plus déclive de chacune de ces anses, et nulle part l'injection veineuse n'était aussi considérable que sur les portions de l'iléum plongé dans le petit bassin; la membrane muqueuse de l'estomac, celle de la vessie, étaient rouges à leur partie la plus déclive. Le cadavre était resté en supination ; l'ouverture avait été faite 24 heures après la mort ; 2° on plaça sur le ventre le cadavre d'un jeune soldat qui venait de succomber à une pneumonie grave et de peu de durée; on veilla à ce que le corps restât dans cette position jusqu'au moment de l'ouverture, qui fut faite le lendemain. Les lividités cadavériques de la peau se montrèrent à la face, à la poitrine, au ventre, à la partie antérieure des membres. La portion de l'estomac et de l'intestin grêle qui était en rapport avec l'épigastre, l'ombilic et l'hypogastre, offrait des teintes de rose, de rouge, de violet, que l'on remarque ordinairement dans les anses intestinales qui occupent le petit bassin et les côtés de la colonne vertébrale, et qui, dans cette occasion, étaient toutes d'une extrême pâleur, ainsi que la

partie postérieure de l'estomac et de la vessie. (Attaché comme médecin à l'hospice de Bicêtre pendant six mois environ, j'ai eu l'occasion de faire un assez grand nombre d'ouvertures de corps, et j'avouerai que je n'ai rien vu qui puisse autoriser à présenter un tableau aussi étendu des altérations du canal digestif chez les vieillards. Aussi ce résultat m'a-t-il d'autant plus surpris, que je connaissais le travail de M. Orfila, et que je l'avais médité.)

Arrivons maintenant à la description des divers faits que nous avons observés dans le canal digestif des individus exhumés plus ou moins de temps après l'inhumation. Tout ce qui précède prouve combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer que les colorations et même les ramollissements dont nous allons parler sont le résultat du séjour des cadavres dans la terre, puisque nous savons qu'avant d'enterrer des corps la membrane muqueuse pouvait déjà présenter des colorations et des ramollissements; aussi nous bornerons-nous à dire ce que nous avons vu, sans prétendre établir, du moins pour ce qui concerne l'estomac et les intestins, que ce soit un effet nécessaire de l'inhumation prolongée.

La membrane muqueuse de la bouche, le voile du palais, le pharynx et la langue sont verdâtres dans les premiers temps, et sensiblement ramollis. Cette couleur se fonce de plus en plus, et finit par devenir noirâtre; toutes les parties se dessèchent au point qu'au bout de quelques mois on ne trouve à la place de la langue qu'un appendice membraneux très sec et fort mince. Dans les premiers temps, la membrane interne de l'œsophage était colorée en vert plus ou moins foncé, surtout à sa partie supérieure, car inférieurement elle offrait souvent une couleur rougeâtre, même d'assez bonne heure; quelquefois aussi la teinte verdâtre de la partie inférieure était piquetée de rouge ou de violet; dans certains cas, chez les vieillards, nous avons rencontré à l'intérieur de ce conduit musculo-membraneux, plusieurs petites tumeurs variqueuses, remplies de sang noir liquide, et qui ne constituaient pas évidemment une altération cadavérique, mais bien une lésion pathologique. Plus tard, l'œsophage brunissait de plus en plus, et se détruisait, comme nous allons le dire en parlant de l'estomac.

Estomac. — Ce viscère ne contenait ordinairement qu'une très petite quantité de liquide; dans les premiers temps, sa membrane muqueuse était jaunâtre, d'une couleur aurore, grisâtre, d'un gris bleuâtre, ou d'un vert bouteille; quelquefois ces teintes étaient piquetées de rouge et de violet. Près du pylore, le plus ordinairement, elle offrait une plaque bleuâtre plus ou moins large, plus fortement colorée que le reste. Plus tard, elle était soulevée dans certains points par des gaz qui formaient des bulles du volume de têtes d'épingles des plus grosses; souvent alors elle avait acquis une couleur rosée d'abord, puis rougeâtre et violacée, et elle était tapissée d'une couenne plus épaisse, d'un liquide couleur de bistre, ou semblable à de la boue délayée. A une époque encore plus éloignée, elle était d'un gris blanchâtre avec

plusieurs taches bleues, sans la moindre apparence de rougeur; alors l'estomac, qui déjà avait éprouvé un ramollissement considérable, s'altérait de plus en plus, et bientôt on ne le retrouvait plus qu'en partie sous forme d'une portion de cylindre offrant une cavité; enfin ce n'était plus qu'une masse feuilletée, desséchée, susceptible d'être réduite en filaments coralliformes, et en dernier lieu une matière noire, humide, avec le luisant du cambouis, recouverte çà et là de moisissures d'un blanc verdâtre, sous forme de petits globules et de plaques ressemblant beaucoup à des lichens d'apparences terreuses, qu'on trouve sur les troncs des vieux arbres. Plusieurs mois après l'inhumation, on pouvait encore séparer les trois tuniques de l'estomac. La musculeuse et la séreuse ne présentaient pas toujours les mêmes phénomènes de coloration que la muqueuse; en général, leur teinte était d'abord grisâtre ou jaunâtre, puis rosée; enfin elle redevenait grisâtre. Quelquefois cependant les parties de la membrane séreuse correspondantes au foie et à la rate étaient rougeâtres, surtout dans les premiers temps.

Intestins. — Les intestins étaient d'abord d'un gris quelquefois légèrement rougeâtre à l'extérieur et grisâtre à l'intérieur. Dans certains cas cependant, la tunique muqueuse était rosée ou violacée par parties, et là où elle était recouverte d'excréments jaunâtres; plus tard l'épaisseur des intestins diminuait. Ils commençaient à se dessécher et à être collés entre eux; puis brunissaient, devenaient plus secs, et leurs parois s'accolaient de plus en plus, au point que l'on avait beaucoup de peine à les séparer. Ils constituaient alors une masse qui était assez fortement appliquée contre la colonne vertébrale; ils conservaient pendant long-temps les matières fécales; enfin ils éprouvaient les mêmes altérations que l'estomac, et se détruisaient comme lui.

Nous examinerons ailleurs si les changements que la putréfaction fait subir au canal digestif sont de nature à pouvoir être confondus avec ceux que développe une inflammation. Bornons-nous actuellement à observer que long-temps après la mort, lors même qu'il n'existe déjà plus de traces des viscères thoraciques, on découvre le plus souvent encore dans l'abdomen quelques vestiges de portions cylindriques du canal digestif, dans les cavités desquelles il serait possible de trouver des restes d'une substance vénéneuse.

Epiploons. — Les épiploons et le mésentère deviennent d'abord grisâtres ou rosés, et se ramollissent bientôt après; ils se dessèchent, perdent de leur souplesse, et tendent à se transformer en gras de cadavre; du reste, ces organes se conservent long-temps sans subir d'altération marquée.

Le *foie* commence par se ramollir et par brunir; sa membrane péritonéale se détache assez facilement et ne tarde pas à se détruire, du moins en partie; il suffit de quelques semaines pour que la structure normale de cet organe ne soit plus reconnaissable. En effet, on ne distingue plus alors les deux substances qui la composent, mais on aperçoit très bien les gros vaisseaux, qui sont souvent enduits intérieurement d'une

sanie lie de vin foncé ; plus tard, il existe à la surface du foie des granulations comme sablonneuses de phosphate de chaux, et chez certains individus l'intérieur des vaisseaux contient d'autres granulations molles, blanches, évidemment formées par du gras de cadavre. Plus tard encore, l'organe dont il s'agit est réduit à une masse aplatie, épaisse d'un demi-pouce, d'un brun noirâtre, qui, étant coupée, se subdivise en feuillets, dans l'intervalle desquels il y a une matière solide, brune, comme bitumineuse. Cette masse, qui s'aplatit de plus en plus, finit par devenir noire, coralliforme, et par se séparer au plus léger effort; quelquefois cependant, au lieu de se dessécher ainsi, le foie se transforme en une matière molle, noirâtre, qui ressemble à du cambouis, sorte de bouillie au milieu de laquelle on aperçoit une matière jaune, comme graisseuse.

La *vésicule biliaire,* vide ou contenant de la bile épaisse d'un noir olive, se retrouve presque avec tous ses caractères lorsque le foie a subi des changements notables.

Rate. — Elle se ramollit de très bonne heure, et peut être facilement déchirée; elle brunit de plus en plus, et sa structure normale ne tarde pas à être méconnaissable; bientôt après elle est réduite en une bouillie noirâtre, semblable à du cambouis ou de la boue d'égout, qui imprègne les parties voisines et leur communique cette couleur. Enfin, dans certains cas, elle finit par être tellement diffluente, qu'on ne peut la reconnaître que par sa situation; elle ressemble alors à du sang décomposé.

Le *pancréas* commence par se ramollir, puis devient plus gros; le ramollissement est porté à un point tel, que l'organe est transformé en une bouillie d'abord grisâtre et qui brunit de plus en plus.

Organes urinaires. — Les reins ne se ramollissent pas aussi vite que la rate, cependant ils perdent aussi de bonne heure leur consistance; on peut facilement en détacher la membrane extérieure; les bassinets et les calices sont encore faciles à reconnaître, lorsque déjà les substances corticale et tubuleuse sont entièrement confondues. Enfin ces organes se transforment en une bouillie brunâtre comme du cambouis, et disparaissent.

La *vessie* n'offre rien de remarquable pendant les premières semaines; quelquefois cependant elle est le siége d'un emphysème sous-muqueux ; plus tard elle se rétracte et éprouve à peu près les mêmes changements que les intestins. Toutefois on trouve encore des traces de ces derniers quand déjà elle n'existe plus, ce qui s'explique par le voisinage de l'anus.

Organes génitaux. — Dans les premiers temps, ces organes, quoique ramollis, conservent leurs formes ; les corps caverneux s'affaissent de bonne heure; plus tard la verge est aplatie, ressemble à une peau d'anguille, et n'offre nullement l'aspect de cet organe. Le scrotum, qui d'abord a pu être excessivement distendu par des gaz, se dessèche de plus en plus; les testicules diminuent de volume, acquièrent une cou-

leur vineuse et se transforment en gras; plus tard encore, la verge ressemble à un tube d'un tissu consistant dont les parois sont appliquées l'une sur l'autre, et qui, étant écartées, la réduisent à un cylindre creux. Déjà on ne trouve plus à la place du scrotum et des testicules qu'une matière molle, brunâtre, humide, offrant çà et là quelques lambeaux comme membraneux et recouverts d'un enduit visqueux, noirâtre, et de beaucoup de vers. A une époque plus éloignée, la destruction des organes génitaux est portée à son comble, et l'on ne peut plus reconnaître le sexe à l'inspection de ces organes, quoique le pubis soit recouvert de poils qui sont accolés à la masse feuilletée et carbonée à laquelle sont réduites les parties molles.

Chez la femme, les organes génitaux externes, après s'être ramollis, finissent par ne plus former qu'une masse informe feuilletée qui ne permet plus de distinguer le sexe. L'utérus se ramollit aussi, puis s'aplatit et se déforme tellement, qu'au bout de quelques mois on ne le reconnaît qu'à sa situation. Les trompes et les ovaires disparaissent d'assez bonne heure. Les ligaments larges résistent plus long-temps à la putréfaction et deviennent grisâtres.

Développement de certains gaz. — Nous ne donnerions pas une idée complète des changements que peuvent éprouver nos organes pendant l'inhumation, si nous ne parlions pas du développement de certains gaz qui a quelquefois lieu dans la plupart de nos tissus; l'estomac, les intestins, la plèvre, le péricarde, les cavités droites du cœur, les veines caves et d'autres parties du système veineux, l'utérus, la cavité du péritoine et les aréoles du tissu cellulaire peuvent en effet être distendus par des gaz qui sont le résultat de la décomposition des fluides. C'est ce que l'on observe particulièrement après les morts promptes et violentes, précédées de douleurs vives, de grands efforts, etc., et il suffit alors quelquefois de deux ou trois heures pour rendre le corps emphysémateux au point de le faire nager sur l'eau. On ne doit pas hésiter à faire rapporter au développement de ces bulles gazeuses dans les veines un phénomène en apparence fort extraordinaire, et dont les anciens avaient prétendu tirer une induction juridique; nous voulons parler de la cruentation, c'est-à-dire du jaillissement de sang par la plaie. Faut-il s'étonner que le sang contenu dans les veines s'échappe par les ouvertures des vaisseaux d'une plaie, lorsqu'il est poussé par les gaz développés dans le système veineux?

Après avoir exposé succinctement les phénomènes que présentent les divers organes en se pourrissant, il ne sera pas inutile de jeter un coup d'œil sur les principaux changements éprouvés successivement par la tête, le thorax, l'abdomen, le bassin, les membres, et même le drap et la bière.

Tête. — La tête tient encore à la colonne vertébrale et conserve tous ses rapports, que déjà les paupières sont amincies et assez enfoncées pour qu'au premier abord les cavités orbitaires ne paraissent qu'à moitié pleines. Les globes oculaires sont affaissés de très bonne heure. Il

en est de même du nez, dont les parties latérales cependant sont les seules qui soient quelquefois déprimées. Bientôt après, les cheveux se détachent; les paupières, les parties molles du nez, et même les lèvres, déjà très amincies, se détruisent; une portion de la peau du crâne se détruit aussi; et les os mis à nu sont enduits d'une légère couche d'une matière comme graisseuse, de couleur bistre. Il existe à la partie postérieure de la tête une infiltration sous-cutanée, séro-sanguinolente, que l'on trouve également entre le périoste et les os, et qui est le résultat de la situation du cadavre sur le dos; là, par conséquent, les parties molles se détachent très facilement, quoique les téguments aient encore assez de consistance. Au milieu de tous ces désordres, les oreilles et les joues sont assez bien conservées. On voit çà et là, sur quelques parties du crâne et de la face, des moisissures vertes ou blanchâtres, humides et cotonneuses. Plus tard, entre le troisième et le quatrième mois (du moins dans les ouvertures faites à Bicêtre), on n'aperçoit plus aucune partie molle de la face, il n'y a que quelques débris membraneux, notamment aux régions molaires; mais l'os maxillaire inférieur tient encore au temporal, et la tête à la colonne vertébrale; à la vérité une légère traction suffit pour amener la désarticulation. A une époque plus éloignée, les deux mâchoires, largement séparées, laissent voir l'apophyse basilaire de l'occipital; cependant elles sont encore unies par quelques parties molles; la tête tient à peine au tronc. Enfin, plus tard, ces os sont complétement désarticulés et dénudés; alors les os du crâne sont recouverts d'un magma, qui est un mélange de terre et de cheveux, et qui, étant enlevé, laisse voir leur couleur bistre claire, tachée çà et là de larges plaques brunes foncées.

Thorax. — Il est rare que, pendant les premiers mois, le thorax ait éprouvé quelque changement dans sa forme ou dans les rapports des diverses pièces qui le composent. Les cavités des plèvres peuvent contenir une plus ou moins grande quantité de liquide; mais cet épanchement n'est pas le résultat de la putréfaction. Enfin, l'affaissement des viscères thoraciques, et notamment des poumons, n'est pas encore assez marqué pour qu'en ouvrant la poitrine on soit frappé par le vide qu'offriraient ces cavités. Quelque temps après, la dépression est évidente; le sternum semble toucher à la colonne vertébrale; on l'enlève facilement avec la main; quelques unes des côtes commencent à se séparer de leur cartilage.

Les espaces intercostaux, dans certains points, ne sont plus occupés que par une tunique grisâtre qui sert de moyen d'union; l'intérieur du thorax, lorsqu'on l'incise, paraît vide et comme tapissé d'une membrane ressemblant, par sa couleur et sa consistance, à du papier gris mouillé, sans qu'on puisse dire au juste de quel organe cette membrane est le débris. Plus tard, les côtes sont presque entièrement décharnées, et tiennent à peine au sternum, qui est enfoncé, brun, et souvent recouvert de moisissures; les cartilages sternaux sont presque tous séparés du sternum et des côtes; ceux qui restent sont noirs, per-

cés de trous, encore souples et faciles à enlever. On n'éprouve pas beaucoup de difficulté à les casser, et alors on entend un léger bruit. Les cavités thoraciques sont parsemées de moisissures blanches ou autrement colorées, et déjà quelques uns des intervalles intercostaux sont à jour par suite de la destruction des parties qui les remplissaient. A une époque plus éloignée, le sternum et les cartilages costaux sont séparés ; on en voit des débris épars dans le thorax et dans l'abdomen : ce qui produit nécessairement une grande ouverture à la partie antérieure du thorax. Plus tard encore, la cage thoracique est détruite. Le sternum, séparé en deux pièces, occupe la cavité du thorax ; les côtes sont presque toutes détachées et couchées les unes sur les autres, sur les parties latérales du cadavre ; elles sont enduites d'une matière noire, semblable à un extrait végétal mouillé, et qui est évidemment un reste des parties molles détruites ; elles ne sont pas plus fragiles qu'à l'état normal, mais leur intérieur est très sec et très poreux ; il n'en est qu'un très petit nombre qui conservent encore une partie de leurs cartilages ; ceux-ci sont très souples, d'un gris olivâtre, mais couverts d'un enduit brunâtre, comme vermoulus par place, et offrant une coupe excessivement poreuse. Leur substance intérieure est évidemment détruite.

Abdomen. — Pendant long-temps l'abdomen n'éprouve aucun changement notable, si ce n'est qu'il devient vert, jaune marbré de vert, ou ocracé. Du troisième au quatrième mois, du moins dans nos expériences, il s'affaisse, et les parois tendent à se rapprocher du rachis ; quelque temps après, les parois sont réduites à une couche membraneuse, quelquefois humide, mais le plus souvent mince, desséchée, brune, couverte de terre et de moisissures, très facile à déchirer, collée, surtout inférieurement, à la colonne vertébrale et même au bassin. Quand cette couche est humide, les feuillets qui la composent sont comme savonneux, d'un blanc jaunâtre, et ordinairement séparés les uns des autres par une quantité innombrable de vers. Quelques semaines après, les parois abdominales sont tellement collées au rachis qu'on ne les détache facilement que sur les côtés, où elles existent sous forme feuilletée, d'un rouge noirâtre à l'intérieur, et quelquefois encroûtée de gras de cadavre à l'extérieur. Il résulte de l'accolement sur la colonne vertébrale, de la portion sous-ombilicale des parois dont nous parlons, un creux très prononcé, à partir de l'appendice xyphoïde, jusqu'un peu au-dessous de l'ombilic. Quelquefois, au lieu de présenter une surface lisse et unie, la couche membraneuse, qui est collée au rachis, offre des bosselures et des enfoncements. A une époque plus éloignée, les parois abdominales sont réduites à quelques débris tégumentaires, d'une couleur bistre, olivâtre ou noirâtre, souvent perforés dans plusieurs endroits, et qui tiennent encore aux dernières côtes.

Au pubis et à la partie postérieure des crêtes iliaques, ces débris paraissent formés par le péritoine, et peut-être par des portions des muscles droits et obliques, fortement desséchés, et en quelque sorte

méconnaissables. Enfin tout est détruit, et on ne trouve, sur les côtés du rachis, et adhérente à des os qui en sont teints, qu'une matière noire, humide, avec le luisant du cambouis, formant en quelques endroits des masses épaisses d'un demi-pouce qui sont évidemment des débris de parties molles.

La conservation des viscères abdominaux dépendant surtout de l'état d'intégrité des parois abdominales, il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup d'œil rapide sur les époques auxquelles les parois se détruisent. Nous trouvons ici ce que nous voyons partout ailleurs, des différences immenses qui tiennent à des causes souvent difficiles à déterminer. Ainsi il ne restait plus de trace de parois abdominales chez deux sujets qui avaient été exhumés, le premier 9 mois 18 jours, et l'autre 15 mois 16 jours après l'inhumation ; tandis qu'il existait une portion de parois abdominales chez un individu dont le corps était inhumé depuis 17 mois 6 jours ; et, ce qui est bien plus extraordinaire, chez un autre sujet enterré 23 mois 5 jours avant, les parois antérieures de l'abdomen étaient presque entières et sous la forme d'une membrane comme tannée, au milieu de laquelle on voyait l'enfoncement ombilical, et à laquelle adhéraient des feuillets de couleur bistre ou noirâtre, semblables à des feuilles de tabac préparées et humectées. Ces feuilles étaient réunies entre elles par des filaments mous, semblables à de l'amadou et se déchirant avec facilité. Pourtant, tous ces sujets avaient été déposés dans des bières de même bois, de même épaisseur, enveloppés d'une serpillière, et à côté les uns des autres, dans le cimetière de Bicêtre. Nous pouvons encore ajouter, pour mieux faire ressortir ces différences, que l'individu qui fait le sujet de l'observation, et qui avait été inhumé 2 ans 9 jours auparavant, n'offrait aucune trace de parois abdominales, quoiqu'il eût été enterré dans une bière excessivement épaisse, et enveloppé d'un drap de toile.

La cavité abdominale ne contient jamais de liquide dans son intérieur, à moins qu'il n'en existât avant la mort ; au contraire, les viscères abdominaux tendent de plus en plus à se dessécher, et leur aspect est loin d'être humide quelques mois après l'inhumation. Du reste, la conservation des organes contenus dans l'abdomen a quelque chose de surprenant pour les personnes peu habituées à ces sortes de recherches : on peut dire que, tant que les parois abdominales sont intactes, les viscères sous-jacents conservent leur intégrité, leurs formes et même leurs rapports ; seulement quand l'affaissement de ces parois a été porté jusqu'au point de les coller au rachis, et lorsque déjà les organes eux-mêmes ont considérablement diminué de volume, n'aperçoit-on pas d'abord facilement, en ouvrant l'abdomen, toutes les parties qui y sont contenues. Plus tard, la difficulté devient plus grande; et si l'on reconnaît bien le foie, la rate et les reins, plutôt à leur situation qu'à leur forme, on ne trouve à la place du canal digestif qu'un amas de tuniques membraneuses affaissées, débris évidents de l'estomac et des intestins ; car, en les écartant, on refait la cavité du premier et une

partie des autres. Du reste, ces tuniques sèches, d'un brun verdâtre, amincies, perforées dans certains points, ne permettraient pas, à beaucoup près, de refaire toute la longueur du canal digestif, non plus que d'en distinguer les diverses parties, ni les tuniques constituantes, et encore moins les altérations morbides, si la maladie qui a déterminé la mort était de nature à en produire. Plus tard encore, on ne découvre plus qu'une massse feuilletée, desséchée, dont l'intérieur est souvent rempli de vers et que l'on peut réduire en filaments coralliformes. Dans un point de cette masse seulement, on reconnaît encore quelques portions de vestiges cylindriques appartenant au canal intestinal. Enfin, et comme nous l'avons déjà dit à l'occasion des parois de cette région, il ne reste plus dans la cavité de l'abdomen qu'une petite quantité de matière noire, comme du cambouis.

Membres. — Pendant les premières semaines, les membres ne présentent rien de remarquable; seulement là où les bras appuient sur le thorax et sur l'abdomen, la peau a conservé sa couleur naturelle, tandis qu'ailleurs elle peut être déjà fortement colorée; là aussi il existe une mucosité gluante, rougeâtre, qui semble unir ces parties, et lorsqu'on vient de les séparer, l'épiderme se détache. Plus tard, à mesure que la peau et les muscles se pourrissent, quelques parties de ces membres sont à nu; mais les os conservent encore leurs rapports, parce que les ligaments articulaires ne sont pas détruits. En général alors, les portions qui ne sont pas décharnées se présentent sous deux états : 1° elles offrent beaucoup de portions molles qui sont imprégnées de terre, de moisissures blanches, de débris de la serpillière, et qui ont l'apparence d'une matière solide, feuilletée et comme cutanée à l'extérieur, et sous laquelle on sent des vides. Cette matière est évidemment formée par des éléments fibreux et aponévrotiques, sans la moindre trace de gras de cadavre. En l'incisant, il en sort une quantité considérable de vers et de mouches. Quelquefois aussi cette couche est filandreuse, comme celluleuse, grasse au toucher, d'un ou deux pouces d'épaisseur dans beaucoup de points, et offre extérieurement une suite de croûtes fournies par du gras de cadavre, tandis que, intérieurement, elle ressemble à du bois pourri, si ce n'est que les filaments sont plus humides, et qu'il est possible de distinguer, çà et là, qu'ils sont de nature animale. 2° Les parties molles sont réduites à une couche assez mince, desséchée, grisâtre, parsemée dans quelques endroits de moisissure blanche, pouvant se subdiviser en deux lames dont la plus externe semble devoir être la peau, et l'interne la partie aponévrotique, ou bien en une couche également mince, spongieuse, filandreuse, sèche, couleur d'amadou, dans laquelle il n'est plus permis de reconnaître ni nerfs, ni vaisseaux, ni muscles.

A une époque plus éloignée, le plus léger effort suffit pour séparer les os des muscles, tant les ligaments présentent peu de résistance; quelques débris filamenteux des parties molles les maintiennent seuls dans leurs rapports; bientôt après, ces os ne tiennent plus entre eux,

quoiqu'ils conservent leur situation respective. Enfin plus tard, lorsque tous les moyens d'union sont détruits, la séparation des os est complète, et on les trouve isolés, soit dans la bière, dans le drap, ou dans la terre.

Bière. — La bière s'altère d'autant plus vite, tout étant égal d'ailleurs, qu'elle est en bois plus mince. En général, ce n'est guère qu'au bout de quelques semaines, même pour les bières qui ont peu d'épaisseur, que l'on y remarque des changements. L'intérieur de la planche inférieure commence par devenir d'un gris noirâtre, plaqué de taches noires; il est enduit de moisissures, notamment sur la partie où reposent la tête et le dos; il existe aussi une grande quantité d'une bouillie brunâtre, très fétide, recouverte elle-même dans plusieurs points de vers, de larves, d'œufs; bientôt après, l'extérieur de la planche inférieure présente une coloration et un enduit analogues; les côtés sont déjetés en dehors et comme pliés; ils sont brunâtres, grisâtres par place et en quelque sorte tapissés de larves. A l'extérieur, le fond de la bière ne tarde pas à se perforer. En d'autres endroits, il est comme rongé par des vers; le bois qui environne les parties perforées est noir et paraît gras. On y voit aussi quelquefois une matière brillante, moins brune, comme graisseuse. Enfin on découvre au milieu de ce fond des milliers de larves et de vers dont quelques uns ont dix lignes de long. Déjà, à cette époque, le couvercle est enfoncé, brisé en plusieurs parties, et la terre a pénétré jusqu'au fond de la bière. Plus tard il est difficile de retirer cette bière sans rompre les planches latérales et le couvercle. Les divers fragments de ces parties offrent, surtout à l'intérieur, des teintes variées, jaunes, blanches, noires, vineuses, et, en certains lieux, ressemblent à l'intérieur d'un vieux tonneau; le bois qui le forme est pourri au point qu'on peut le réduire en poudre en le pressant entre les doigts. Enfin l'altération finit par être portée si loin, qu'il est impossible de retirer la bière autrement que par petits fragments; il a suffi, pour que cela eût lieu dans nos expériences, de treize à quatorze mois, lorsque les bois étaient en sapin mince, tandis que, deux ans après, les bières étaient intactes et à peine colorées en jaune à l'extérieur, quand elles avaient été faites avec le même bois ayant un pouce d'épaisseur.

Serpillière et drap. — La serpillière et le drap se détruisent beaucoup plus vite lorsque le cadavre n'a pas été déposé dans une bière. Dans ce cas, la première de ces toiles ne tarde pas plus de vingt à quarante jours à être réduite en lambeaux brunâtres et même noirâtres, déjà à moitié pourris, dont quelques uns se détachent facilement, tandis que d'autres sont intimement mélangés avec la terre avec laquelle ils sont comme ramassés, et tellement adhérents au corps, que pour les enlever il faut gratter assez fortement avec le scalpel, et alors on détache aussi de larges plaques d'épiderme qui restent étroitement unies avec ce mélange de terre et de serpillière, se couvrent dans plusieurs points d'œufs, de larves, et des mêmes insectes dont nous

avons parlé à l'occasion de la bière. Cette bouillie brunâtre forme, surtout à la face postérieure du corps, et notamment au niveau du col, de la tête, des épaules, des espèces de plaques noires semblables à de la poix fluide, ou grisâtre, comme de la sanie purulente, mêlée de poix liquide; quelquefois aussi la matière a la consistance du cambouis. Déjà la serpillière se déchire facilement, et peut être couverte de moisissures blanches; la putréfaction faisant des progrès, cette toile s'enlève par fragments de couleur de fumier, ou noirs, enduits le plus ordinairement d'une matière comme bitumineuse. Enfin on n'en trouve plus de traces.

Le drap commence par se colorer de jaune tirant plus ou moins sur le roussâtre, dans les parties qui sont en contact avec le corps. Quelque temps après, la surface interne se recouvre, surtout dans les portions sur lesquelles repose le cadavre, de taches ou de petites plaques de couleur extrêmement variée, plus ou moins diffluentes, provenant souvent de l'épiderme altéré; tandis qu'à l'extérieur on voit dans plusieurs points une matière comme glutineuse, jaune ou rougeâtre, sous forme de boutons lenticulaires, de stalactites, etc., qui a évidemment transsudé; à cette époque, la consistance du drap n'est pas sensiblement diminuée, et plusieurs des parties qui n'ont pas été en contact immédiat avec le cadavre sont encore blanches. Plus tard, il est encore entier, mais de couleur différente; sa partie antérieure est fauve, très foncée par places et parsemée de taches noirâtres, si l'on en excepte les portions où il avait noué, comme celles qui sont au revers de la tête et au-delà des pieds, et qui sont blanches; sa partie postérieure, celle qui est appliquée sur le fond de la bière, est beaucoup plus humide et beaucoup plus tachée en brun, en jaune foncé, en lie de vin, surtout dans les environs de la tête. Souvent alors cette toile est presque entièrement couverte à l'extérieur de larves d'un blanc jaunâtre, encore vivantes, qui la rendent comme lanugineuse, tandis qu'à l'intérieur on trouve dans quelques points une moisissure jaune, et dans d'autres un enduit graisseux d'un brun noirâtre, et une quantité innombrable de larves qui s'agitent en tous sens. Déjà à cette époque elle est pourrie dans certains points, et se déchire avec la plus grande facilité; ailleurs elle adhère assez fortement à quelques parties du corps, et dans ces portions, l'épiderme est sous forme de lambeaux mous presque poisseux.

Plus tard l'altération est plus marquée; il ne reste plus que des lambeaux plus ou moins volumineux qui cachent une partie du corps et qui sont entièrement pourris; leur couleur est brune noirâtre, mais ils sont tellement couverts de moisissures blanches et de chrysalides roussâtres, que cette couleur brune n'est pas apparente au premier abord, et qu'ils offrent l'aspect de certains lichens. Lorsqu'ils ont été débarrassés de ces diverses matières, on voit qu'ils sont humides, imprégnés d'une matière grasse à laquelle ils doivent leur couleur brune, et très facile à déchirer.

Il arrive enfin une époque où il ne reste plus de traces de cette

toile ; nous n'en avons pas trouvé chez M. Nocelle, qui fut exhumé 5 ans et 5 mois après sa mort ; tandis qu'elle existait encore en partie dans un cas d'exhumation faite 7 ans après l'inhumation.

Après avoir décrit les changements que les tissus éprouvent successivement en se décomposant, il importe de déterminer si ces changements arrivent à des époques fixes, ou bien si la nature présente à cet égard des variations plus ou moins nombreuses.

Il résulte de nos recherches et de celles d'un très grand nombre d'auteurs qui nous ont précédé, que les cadavres enterrés à la même époque se pourrissent avec des vitesses différentes, les uns étant déjà réduits au squelette, tandis que d'autres sont encore entiers, ou commencent à peine à subir la décomposition putride. Il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur les principales causes de ces différences, d'autant même que leur examen justifiera l'impossibilité où nous étions de préciser l'époque de la mort d'un individu enterré depuis quelque temps.

Ces causes se rapportent particulièrement à l'âge, à la constitution, au sexe, à l'état de maigreur ou d'obésité, de mutilation ou d'intégrité des sujets, au genre et à la durée de la maladie à laquelle ils ont succombé, aux phénomènes qui ont précédé immédiatement la mort, qui a pu arriver après une agonie plus ou moins longue, ou subitement; à l'époque où l'inhumation a eu lieu ; à la ponte de quelques insectes à la surface du corps ; à la nature des terrains ; à la profondeur de la fosse; à l'état nu ou enveloppé des cadavres, qui ont pu être habillés, enfermés dans un drap ou dans une serpillière ; à la présence ou à l'absence d'une bière ; à la nature et à l'épaisseur de celle-ci, qui pouvait être en bois de sapin, de chêne plus ou moins mince, en plomb, etc. ; aux influences atmosphériques, telles que la température, le degré d'humidité, etc. Examinons chacune de ces causes en particulier.

Age. — Les observations prouvent d'une manière incontestable que les cadavres d'enfants très jeunes, mis dans la terre, se pourrissent beaucoup plus vite que ceux des adultes et des vieillards ; toutes les autres circonstances étant égales d'ailleurs.

Constitution de l'individu. — Quoique l'influence de la constitution soit moins facile à prouver que celle de l'âge, on ne peut pas moins établir que les individus d'un tempérament lymphatique sanguin, etc., mis dans la terre, toutes les autres circonstances étant les mêmes d'ailleurs, se pourrissent avec des vitesses différentes. N'a-t-on pas vu, en effet, des sujets à peu près du même âge, aussi maigres les uns que les autres, ayant succombé à la même affection (lors d'une épidémie), après avoir été malades à peu près le même nombre de jours, ayant été enterrés dans des bières de bois pareil et de la même épaisseur, à côté les uns des autres, dans le même terrain, et 24 heures après la mort ; n'a-t-on pas vu, disons-nous, ces individus se pourrir dans des temps très inégaux, et tandis que l'un des cadavres était au dernier temps de la décomposition, l'autre commençait à peine à s'altérer? A quelle cause attribuer, dans ce cas, la différence dont nous parlons, si ce n'est à la

constitution des individus qui n'était pas la même? L'influence dont il s'agit tient, dans beaucoup de circonstances, à ce que la quantité des fluides animaux n'est pas la même chez les sujets de différentes constitutions, et à ce que les tissus n'offrent pas le même degré de densité.

Sexe.—La prédominance du système lymphatique chez la femme, et la plus grande quantité que contient son tissu cellulaire sous-cutané, font que la putréfaction marche plus vite chez elle en général que chez l'homme, tout étant égal d'ailleurs.

Etat de maigreur ou d'obésité. — Ce qui vient d'être dit relativement au sexe, doit déjà faire sentir que l'état d'obésité favorise la putréfaction dans la terre; c'est ce que l'expérience démontre. Il y a plus : comme nous le dirons ailleurs, la plus ou moins grande quantité de graisse influe sur le genre de décomposition qu'éprouvent les corps.

État de mutilation ou d'intégrité du sujet. — L'observation prouve combien marche rapidement la putréfaction des cadavres qui offrent des solutions de continuité d'une certaine étendue. On sait aussi que les parties contuses, ecchymosées, dans lesquelles il y a du sang épanché, se pourrissent beaucoup plus vite que celles qui sont dans des conditions opposées ; et cependant nous supposons qu'il n'y a aucune perte de substance, ni aucune trace de solution de continuité à la peau : à plus forte raison cette différence serait-elle sensible, s'il y avait eu une plaie contuse du vivant de l'individu.

Genre et durée de la maladie à laquelle ont succombé les sujets. — En général la putréfaction marche plus vite chez les individus qui ont succombé à une maladie aiguë, que chez ceux qui sont morts d'une affection chronique qui a exténué le corps. La prédominance des humeurs sur les solides, dans le premier cas, rend suffisamment raison du fait. Il serait curieux de déterminer par des expériences nombreuses quel genre d'influence chaque groupe de maladies aiguës exerce sur le développement de la putréfaction; il faudrait pour cela enterrer des sujets ayant succombé à des encéphalites, à des pneumonies, à des gastro-entérites, etc. Mais ce travail est hérissé de difficultés ; les autres influences qui hâtent la putréfaction étant trop nombreuses et trop variables, pour qu'on pût supposer leur action nulle dans la décomposition des corps. Quoi qu'il en soit, nous savons que, tout étant égal d'ailleurs, la putréfaction s'empare plus lentement du cadavre mort par hémorrhagie, que de celui dont les vaisseaux sont distendus par le sang, comme on le voit après quelques asphyxies ; que les individus qui meurent d'anasarque se pourrissent beaucoup plus vite ; que ceux qui ont succombé à la petite-vérole, ou à toute autre affection pustuleuse de la peau, se détruisent plus rapidement que les autres; enfin que les parties, dans lesquelles l'irritation, l'inflammation ont attiré le sang, se pourrissent très promptement. Il est probable aussi que l'altération manifeste qu'éprouvent les humeurs et même les solides dans certaines maladies aiguës, doit être une des causes qui hâtent la putréfaction.

Phénomènes qui ont pu précéder immédiatement la mort. — Que la mort soit subite ou précédée d'une maladie qui a duré quelques jours; que celle-ci se termine par une agonie longue ou courte ; qu'elle soit le résultat de l'introduction dans le torrent de la circulation d'un de ces vices qui paraissent altérer le sang, la marche de la putréfaction sera plus ou moins rapide sans que l'on puisse apprécier au juste la somme d'influence de chacun de ces éléments.

Époque où l'inhumation a eu lieu. — La putréfaction marchant plus rapidement dans l'air que dans tout autre milieu, il est évident que si elle ne s'est pas encore développée lorsqu'on enterre le corps, celui-ci tardera plus à être pourri que si l'inhumation avait eu lieu plusieurs heures et surtout plusieurs jours après le commencement de la putréfaction. Il pourrait arriver, même en été, qu'au bout d'un mois d'inhumation un cadavre, qui n'aurait été inhumé que 5 ou 6 jours après la mort et déjà lorsque la putréfaction était très avancée, fût aussi pourri qu'il l'eût été 7 ou 8 mois après la mort, s'il eût été enterré 20 ou 24 heures après. Dès lors on concevra l'influence d'un certain nombre de causes secondaires qui agissent sur les corps, depuis l'instant de la mort jusqu'au moment où la putréfaction se manifeste ; celle-ci ne se développe que lorsque la rigidité cadavérique a cessé d'exister. Il est évident que la durée de cette rigidité, durée qui est loin d'être la même pour tous les cadavres, doit exercer de l'influence sur la marche de la putréfaction. Il suffira, pour justifier cette assertion, d'établir qu'il est des sujets qui ne sont plus roides quand on les enterre, tandis que d'autres offrent un état de rigidité remarquable. Les premiers seuls ont commencé à se pourrir avant l'inhumation ; or, si la durée de la rigidité est un élément dont on doit tenir compte, ne savons-nous donc pas que cette durée est en grande partie subordonnée à celle de la chaleur, ou, en d'autres termes, que la rigidité ne s'établit le plus ordinairement que dans les parties déjà refroidies ? Voilà ce qui détermine une marche différente dans la putréfaction des corps, suivant qu'ils ont été enveloppés de vêtements de laine, de drap de fil, ou qu'ils ont été nus; suivant qu'ils ont été laissés dans des chambres froides, ou dans d'autres qui ont été chauffées.

Pontes de quelques insectes. — Nous savons qu'en été, dans l'espace de temps que les cadavres sont exposés à l'air avant l'inhumation, quelques mouches pondent à la surface de la peau des œufs qui, éclos plus tard, donnent naissance à d'autres mouches. Celles-ci, après s'être fécondées, peuvent encore reproduire sept ou huit fois des générations qui vont en se multipliant à l'infini. Les insectes qui paraissent se repaître de préférence de cadavres, et dont les œufs sont déposés à la surface du corps, sont les suivants : Musca tachina simplex de Meigen; vomitoria; cæsarea; domestica; carnaria; furcata; scatophaga stercoria, thyreophora cynophila; anthrenus; dermestes; hister; necrophorus; sylpha; ptenus fur, imperialis; oxiporus, lathrobium; pœderus; stenus; oxytelus; aleochara; noterus; scarites; harpalus; julus lepisma; tachinus.

Or, il est avéré que dans les premiers temps, après la mort, les mouches ne s'arrêtent pas autour des cadavres ; que plus tard elles ne font que voltiger auprès d'eux ; et qu'enfin, lorsque la putréfaction est plus avancée, elles s'appliquent sur eux et y déposent leurs œufs. En effet, on voit des larves plus ou moins nombreuses camper sur plusieurs de leurs parties. Que si l'on enterre maintenant deux cadavres, dont l'un offre à sa surface des milliers d'œufs, tandis que l'autre n'en présente pas encore, il est évident que le premier se pourrira beaucoup plus vite, toutes les autres circonstances étant les mêmes, parce que le propre des larves est de détruire nos tissus pour s'en nourrir. On ne saurait donc nier l'influence de la ponte des insectes à la surface du corps, sur la marche de la putréfaction.

Ce serait ici le cas de demander quelle est, dans toutes les saisons de l'année, l'origine de ces larves, surtout de la musca tachina de Meigen, que nous avons si souvent rencontrée à l'ouverture des cadavres enterrés à la profondeur de quatre à cinq pieds, depuis plusieurs mois, et même depuis quelques années? La ponte de quelques unes de ces mouches à la surface des cadavres paraîtra insuffisante pour expliquer le phénomène, dès qu'on l'observe également sur les corps enterrés en hiver, époque pendant laquelle il n'y a point de mouches. On n'admettra pas non plus que ces insectes, qui sont encore très faibles, puissent sortir de la terre et d'une aussi grande profondeur, pour aller propager leur espèce ; il est tout aussi invraisemblable de supposer que ces insectes aériens aient pu percer la terre pour parvenir jusqu'au cadavre. Si l'on ne rencontrait que des larves ou des nymphes, on aurait pu croire que ces insectes étaient dans une sorte d'engourdissement ou d'hibernation qui aurait pu cesser par une circonstance opportune ; mais les larves, les nymphes et les mouches se trouvent ensemble, et plusieurs des nymphes ont donné des insectes parfaits. Quelle peut donc être l'origine de ces races d'animaux? Avouons qu'il nous est impossible de résoudre cette question.

Pression. — Profondeur de la fosse. — La pression retarde la putréfaction, comme l'ont prouvé Godard et quelques autres auteurs. On pourra juger des résultats obtenus par Godard par l'expérience suivante : Le 10 mars, à six heures du soir, le thermomètre était de 8 à 10 degrés ; on mit deux morceaux de veau maigre, d'égal poids, dans une même quantité d'eau, mais contenue dans deux bouteilles de différente hauteur ; savoir : l'une de deux pouces et demi, l'autre de trois pieds, y compris le tuyau que l'on y avait adapté ; la petite bouteille fut bouchée avec un bouchon de cire percé d'un trou égal à l'ouverture du tuyau. Le 14, à la même heure, on voyait de l'air dégagé dans la petite bouteille ; il ne paraissait rien dans l'autre. Le 15, à onze heures du matin, le morceau de la petite bouteille flottait, et son eau était louche ; on voyait dans l'autre quelques bulles, mais en bien moins grande quantité que dans la petite, et son eau conservait sa transparence. Le 17, à six heures du soir, le nombre de bulles de la petite bouteille

était beaucoup augmenté; le morceau continuait d'y flotter, tandis qu'il n'y avait rien de changé dans l'autre. Le 22, à sept heures et demie du matin, l'eau de la petite bouteille puait bien plus et était beaucoup plus louche que celle qui était au fond de la grande, car l'eau contenue dans la partie supérieure et dans le tuyau n'avait pas reçu la moindre altération ; la même différence avait eu lieu dans les puanteurs de leur viande; mais ces dernières puanteurs ont disparu dès que les morceaux tirés de l'eau ont été exposés à l'air pendant quelques secondes. Si l'on fait attention que la viande de la petite bouteille était entourée d'un plus grand volume d'eau que celle de la grande, on jugera qu'à pourriture égale, l'eau de celle-ci aurait dû puer davantage que celle de l'autre, puisque les miasmes putrides y étaient délayés dans moins d'eau. Cependant le contraire a eu lieu, et par conséquent la différence de la transparence des eaux, de leur puanteur et de celle des viandes, prouve d'une façon manifeste la vertu antiseptique de la compression. Plus la fosse sera profonde, les autres circonstances étant les mêmes, plus la putréfaction sera donc retardée, d'autant mieux que la terre est plus froide dans l'étendue de quelques pieds, à mesure qu'on la creuse plus profondément.

Etat nu ou enveloppé du cadavre. — Les faits recueillis jusqu'à ce jour, et entre autres plusieurs de nos observations, établissent que plus les corps sont immédiatement en contact avec la terre, plus ils se pourrissent facilement, tout étant égal d'ailleurs. Ainsi un cadavre, enterré nu, se pourrira beaucoup plus promptement, qu'il ne l'eût fait dans un même terrain, s'il eût été enveloppé d'un drap et enfermé dans une bière en plomb; la putréfaction serait déjà moins tardive, si la bière était en chêne de l'épaisseur d'un pouce ; moins encore si, étant construite avec le même bois, elle n'avait que quelques lignes d'épaisseur; moins encore si elle était en sapin, et surtout si celle-ci était très mince ; enfin le ralentissement dont nous parlons serait beaucoup moins sensible, si le corps, au lieu d'être inhumé dans une bière, était simplement enveloppé de vêtements, ou d'un drap ou d'une serpillière. On concevra l'influence de l'enveloppe sur la putréfaction, quand on saura que les viscères ne doivent réellement leur longue conservation, relativement à la peau, qu'à ce qu'ils sont enveloppés par celle-ci. Aussitôt que la destruction a atteint les téguments, la putréfaction des viscères marche rapidement. Voyez, à l'appui de ce que nous avançons, combien le cerveau se conserve long-temps par rapport aux autres organes : c'est parce qu'il est recouvert d'une enveloppe très solide, le crâne. Dès lors, il est aisé de sentir toute l'influence que doivent exercer sur la marche de la putréfaction les vêtements, et surtout les bières qui agissent dans le même sens que les enveloppes naturelles, c'est-à-dire, en ralentissant l'action des causes destructives des corps. Nous ne prétendons pas cependant que les obstacles apportés par les bières au développement de la putréfaction puissent être tels que celle-ci soit complétement arrêtée; loin de là, les

corps les moins disposés à se pourrir finissent par se détruire, même lorsqu'ils sont renfermés dans des bières en plomb; nous disons seulement que, tout étant égal d'ailleurs, la décomposition putride marche d'autant plus lentement que le corps est enveloppé de manière à se soustraire davantage à l'action des agents extérieurs.

Influences atmosphériques. — Il suffira de signaler l'influence de la chaleur et de l'humidité atmosphériques, pour convaincre nos lecteurs du rôle que jouent ces éléments pour accélérer la putréfaction. Que penser maintenant de l'opinion de Burdach, sur le mode d'altération que les corps éprouvent dans la terre? Suivant lui, il faut reconnaître trois périodes dans cette décomposition : 1° Bouffissure de tout le corps par développement de substances gazeuses; c'est la période de fermentation qui dure plusieurs mois. 2° Conversion des parties molles en une matière pultacée, verdâtre, ou d'un brun foncé; le corps s'affaisse parce que les gaz se volatilisent. Cette période dure de deux à trois ans. 3° Les gaz achèvent de se dégager, l'odeur fétide est remplacée par une odeur de moisissure, et il reste une matière terreuse, grasse, friable, brunâtre, qui ne se convertit qu'au bout d'un nombre considérable d'années en une cendre qui se mêle à la terre ordinaire. — Nous ne saurions admettre de pareilles idées sur la marche de la putréfaction dans la terre; elles sont évidemment erronées et propres à induire les esprits en erreur. Et d'abord, pour ce qui concerne la première période, n'avons-nous pas vu souvent, pour ne pas dire presque toujours, les cadavres ouverts, dix, quinze, quarante, cinquante jours après l'inhumation, dans un état d'affaissement qui ne ressemblait guère à celui dont parle Burdach, qui suppose que le corps est bouffi pendant cette première époque, à laquelle il assigne une durée de plusieurs mois? Non pas que nous prétendions que jamais les cadavres ne se tuméfient lorsqu'ils commencent à se pourrir; nous voulons seulement établir que cette tuméfaction n'a pas nécessairement lieu puisqu'elle manque souvent, et que lorsqu'elle existe elle ne dure pas, en général ni à beaucoup près, autant de temps que l'indique Burdach. Quant à la seconde période, il est évident que cet auteur s'est encore trompé; car tout en accordant que le corps s'affaisse, il n'en est pas moins vrai que les parties molles ne se convertissent pas constamment en une matière pultacée. N'avons-nous pas vu, au contraire, ces parties se dessécher pour la plupart, se réduire en lamelles ou en filaments coralliformes, et quelques unes d'entre elles imiter même une sorte de cartonnage? D'ailleurs, comment admettre que cette période dure de deux à trois ans, lorsque dans la plupart de nos expériences les cadavres étaient déjà presque réduits au squelette au bout de quinze à dix-huit mois, même lorsqu'ils avaient été enterrés dans des bières et enveloppés d'une toile? L'inexactitude des phénomènes annoncés comme caractérisant la troisième période, ne saurait non plus être mise en doute; en effet, la matière grasse qui reste en petite quantité comme dernier terme de la décomposition putride, n'est ni

terreuse ni friable; c'est une sorte de cambouis mou, oléagineux, semblable à du vieux oing fortement coloré. Ajoutons à tous ces faits qui combattent victorieusement l'opinion de Burdach, qu'en admettant même que la durée des périodes assignées par lui fût exacte pour des observations faites dans un terrain donné et avec certains cadavres, elle ne le serait plus quand il s'agirait d'autres terrains et de sujets qui seraient placés dans d'autres conditions. Les experts ne sauraient donc assez se méfier de pareils résultats, qui malheureusement ont déjà été pris plusieurs fois pour guides lorsqu'il a été question de déterminer l'époque à laquelle avait eu lieu la mort d'individus inconnus.

On prévoit déjà que nous n'adopterons pas davantage l'opinion des médecins et des anatomistes qui admettent, d'après le dire des fossoyeurs, qu'il faut de trois à quatre ans pour la destruction complète des parties molles d'un cadavre sous terre; d'autres portent jusqu'à six ans le laps de temps nécessaire à l'accomplissement de ce travail. Ne sait-on pas qu'il y a à cet égard des variétés et des différences aussi nombreuses qu'extraordinaires? Les exemples de conservation de corps ensevelis depuis nombre d'années se présentent en foule; nous nous bornerons à en citer quelques uns. Leimprech a fait connaître une observation intitulée : *De manu in sepulcro ultra sæculum ab omni putredine conservata.* Plus loin, il dit que, passant par la Gaule Narbonnaise, on lui avait fait voir des cadavres bien conservés qu'on avait depuis long-temps retirés de leur sépulcre. Faber a communiqué à Fabrice de Hilden une observation intitulée : *De cerebro non putrefacto in cadavere quinquagennis annis sub terra reposito.*

DE LA PUTRÉFACTION DANS L'EAU.

La putréfaction dans l'eau peut offrir neuf phénomènes distincts : la putréfaction en vert; le développement de gaz; la putréfaction en brun; la réduction en putrilage; la saponification; la dessiccation; les corrosions; les incrustations calcaires, et la destruction finale. Ces phénomènes ne sont pas tellement isolés, qu'ils ne puissent jamais se rencontrer en même temps chez le même sujet; loin de là, il est rare de ne pas en trouver deux ou trois réunis sur le même cadavre, ce qui dépend probablement de la nature différente des parties qui les constituent. Étudions-les isolément; nous leur assignerons ensuite des époques de développement.

Putréfaction en vert. — La putréfaction en vert débute en premier lieu à la peau. C'est par la peau du sternum et par celle de la face qu'elle commence chez les noyés; elle s'étend

de là au cou, à l'abdomen, aux épaules, contourne l'abdomen, puis elle va rejoindre de semblables plaques développées isolément aux aines ; enfin elle gagne les membres supérieurs et s'étend en dernier lieu aux membres abdominaux. Cet ordre d'apparition de la coloration est tout-à-fait différent de celui que l'on remarque dans la putréfaction à l'air libre. Dans ce dernier cas, elle envahit d'abord l'abdomen, s'étend aux aines et à la base de la poitrine, puis aux cuisses et à la partie antérieure du thorax, gagne les jambes, le cou et les bras; les avant-bras, la face, les mains et les pieds, sont les dernières parties sur lesquelles elle se montre.

La couleur verte est d'abord claire, puis elle devient de plus en plus foncée. Elle affecte primitivement la peau, s'étend à quelques muscles superficiels et disposés sous la forme de membranes; mais il est rare qu'elle envahisse des muscles profonds, parce que, pendant le temps qu'elle emploierait à se manifester dans ces muscles, il se développe d'autres phénomènes qui changent ce mode de putréfaction ; cependant, en été, où elle fait des progrès rapides, on voit quelquefois cette coloration s'étendre assez profondément.

La couleur verte est uniforme, ou parcourue par des lignes bleuâtres ou noirâtres, phénomènes de putréfaction qui ont lieu dans les vaisseaux et que nous allons bientôt faire connaître. C'est vers le troisième jour qu'elle débute en été ; elle ne commence à paraître en hiver que du douzième au quinzième jour.

Production gazeuse. — Peu après l'apparition de la coloration en vert du cadavre dans les parties du corps où elle débute, l'estomac, les intestins, les poumons, les cavités du cœur, puis le tissu cellulaire, sont ordinairement le siége d'un développement de gaz. En hiver, ce développement de gaz est peu considérable, et ses effets se bornent à distendre plus ou moins les organes, en sorte que les poumons remplissent exactement la cavité de la poitrine. L'estomac et les intestins soulèvent légèrement l'abdomen, et le cœur se vide. Le sang reflue dans tous les principaux troncs vasculaires, particulièrement dans les vaisseaux veineux superficiels et dans tout le système capillaire,

en sorte qu'il en résulte une coloration en rouge de presque tous les tissus blancs, et principalement du tissu cellulaire, des membranes muqueuses qui tapissent les organes abdominaux, de la trachée-artère et de la membrane interne des vaisseaux, etc. Cette coloration s'étend par imbibition à toutes les parties voisines, et c'est ainsi que le tissu de la peau la partage. Elle est très manifeste dans les cavités du cœur, et là on la trouve d'autant plus foncée, que la quantité de sang qui existait dans les ventricules au moment de la mort était plus considérable; ce qui nous a engagé à établir cette proposition : que l'observation que nous avons faite de ce phénomène conduisait naturellement à faciliter la connaissance du genre de mort auquel l'individu avait succombé, asphyxie, syncope, apoplexie, etc. C'est aussi à ce phénomène de coloration qu'il faut attribuer ces apparences de gastro-entérite que présente le canal intestinal des noyés, et en général de tous les cadavres putréfiés. La disparition de l'écume contenue dans la trachée-artère des noyés dépend du développement de gaz qui a lieu dans les poumons; aussi les signes de la submersion pendant la vie ne peuvent-ils être que rarement constatés en été, où la putréfaction gazeuse est très prompte.

Chaussier s'était borné à signaler la coloration des troncs veineux et de leurs ramifications; puis la transsudation du sang à travers leurs parois venant colorer la peau et dessiner le trajet des veines; il attribuait cet état à une fluidité particulière du sang qui était propre à quelques morts subites et qui se rencontrait aussi dans quelques maladies, et en particulier dans les fièvres adynamiques; mais il n'avait pas connu la cause que nous avons signalée, et qui réside dans le développement de gaz dans les cavités du cœur et dans les vaisseaux, sous l'influence probable de la décomposition du sang. (*Recueil, mémoires et consultations de médecine légale*, pag. 69.)

Le développement de gaz putride n'est bien complet en hiver qu'à un mois et demi ou deux mois. En été il a lieu du quatrième au sixième jour; il s'opère alors avec une rapidité extrême; il se manifeste non seulement dans les parties que je viens de

décrire, mais encore il apparaît presque en même temps dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans le tissu cellulaire intermusculaire, soit superficiel, soit profond; et comme la production gazeuse est très considérable, il en résulte une augmentation très grande dans le volume du corps, une forme arrondie de toutes les parties, une distension de la peau, un écartement des bras et des jambes; il semble que l'individu ait été insufflé. Ces gaz diminuent considérablement le poids spécifique du corps, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer la surnatation des noyés. C'est par elle aussi, et par l'époque variable de son développement suivant la température de l'eau, que l'on doit expliquer pourquoi on n'observe presque jamais en hiver que des sujets plus ou moins anciens dans l'eau; tandis que les plus communs en été sont ceux qui ont cinq, six ou huit jours d'eau, et qu'on en trouve rarement d'un mois de séjour dans ce liquide.

Putréfaction en brun. — A la putréfaction en vert, suivie et accompagnée de la production de gaz, succède la putréfaction en *brun*. Elle débute dans les points où la coloration en vert s'est primitivement montrée, c'est-à-dire à la poitrine et à la face; mais elle envahit moins rapidement les parties voisines. Il y a plus, il est rare qu'elle s'étende à une grande surface; elle se développera à la partie moyenne de la poitrine, se prolongera vers les clavicules, affectera la face et une partie du cuir chevelu, le centre de l'abdomen et le pli des aines; mais elle sera presque toujours arrêtée dans ses progrès par la période suivante, celle de la saponification, en sorte qu'elle suit la même marche que la putréfaction en vert. Elle est presque toujours limitée à la peau, le tissu cellulaire sous-cutané ayant déjà acquis, lors de son apparition, une teinte rougeâtre par le sang décomposé qui a reflué des troncs vasculaires dans le système capillaire.

Ces deux teintes verte et brune de la peau sont les plus communes, et constituent deux degrés bien tranchés de la putréfaction; mais il arrive quelquefois qu'elles ne sont pas les seules que prenne ce tissu. Ainsi, on peut rencontrer la peau parsemée de plaques vertes, jaunes, bleues, violettes, figurant

une véritable marbrure : ce n'est pourtant pas l'état le plus commun ; mais quand il existe, il avoisine le moment de la saponification, ou même il coïncide avec elle. Les tissus où la coloration en brun se remarque sont déjà ramollis, plus humides, se laissent plus facilement couper et déchirer que dans la putréfaction en vert. — Le début de la période que nous venons de décrire peut se rattacher à un mois d'eau en hiver et à dix ou douze jours en été.

Réduction en putrilage. — La quatrième période est caractérisée par ce phénomène, que les parties qui ont subi la putréfaction en vert et en brun tombent en déliquium et se réduisent en une matière putride qui se dissout dans l'eau et est entraînée par elle ; de là, l'absence de la peau du front, des paupières ; la destruction du nez, des lèvres, de la peau qui tapisse les clavicules, de celle qui recouvre le sternum et les cartilages des côtes, de celle qui occupe le centre de l'abdomen, le pli des aines, etc. Elle a lieu à une époque et dans une étendue variables ; mais, en général, c'est du deuxième au troisième mois qu'elle s'opère.

Ces destructions de peau et de tissu cellulaire sont plus ou moins étendues en surface et en épaisseur ; aussi établissent-elles quelquefois des communications avec l'intérieur de la poitrine ou avec la cavité du ventre. Elles facilitent la sortie des gaz qui s'étaient développés dans les divers organes, quoique ces gaz aient d'autres issues : d'abord les ouvertures naturelles : les yeux, les narines, la bouche, les oreilles, l'anus ; ensuite les pores de la peau, qui sont des voies puissantes d'évacuation des fluides élastiques. Ce sont des faits que j'ai très souvent eu occasion de vérifier ; ces gaz s'échappent en même temps qu'un fluide brun, fétide, et viennent constituer autour des cadavres l'atmosphère infecte qui les environne. Aussi à cette époque, les organes qui en étaient distendus s'affaissent-ils. Les poumons commencent déjà à ne plus remplir la cavité de la poitrine ; l'estomac et les intestins sont revenus sur eux-mêmes. La rate et le foie occupent moins de place, et le cerveau, autour duquel des accumulations gazeuses s'étaient opérées, laisse un vide dans la cavité crânienne.

Saponification. — Dans la cinquième époque, toute la peau qui n'a pas été détruite prend une teinte opaline; elle acquiert de la densité, devient grasse au toucher; la période de saponification commence. Elle arrête alors la fonte putride et modifie singulièrement l'aspect des parties détruites: ces ouvertures auparavant brunes, à bords mâchés, à fond tombant en déliquium analogue aux orifices de foyers purulents gangréneux où la peau est décollée dans une grande étendue, offrent actuellement des bords durs, consistants, volumineux à fond jaunâtre, ou d'un jaune brunâtre sec et ferme. Sous la peau, le tissu cellulaire est plus ou moins saponifié. La couche qu'il forme est devenue plus épaisse; on distingue très bien des cellules remplies par des paquets de savon; car le fait de la saponification est d'augmenter considérablement le volume des parties saponifiées. En même temps, les muscles commencent à prendre une teinte plus claire et tirant sur le rose; ils diminuent de volume et s'amincissent; les os ou portions d'os qui sont à nu, comme dans les parties de la face qui ont été détruites, prennent quelquefois une couleur rouge vif. Nous avons fréquemment observé cet effet au tibia dont la peau qui le tapisse se réduit facilement en putrilage; il en résulte l'aspect d'ulcères. Tous les organes intérieurs diminuent de volume; les tissus membraneux deviennent plus denses, en sorte que le cerveau par exemple est réduit aux trois quarts ou à moitié de son volume; les poumons n'occupent plus qu'une partie de l'espace que représente la poitrine; le cœur est comme racorni, recoquillé. Les intestins et l'estomac sont décolorés, blancs; il en est de même de la vessie; le foie subit la même diminution.

Cette période, qui commence en général plus tôt chez les femmes, parce qu'elles sont pourvues d'une plus grande quantité de graisse, débute du troisième au quatrième mois. Il est un état de la peau qui l'accompagne souvent et qui surtout se fait observer aux jambes; il consiste dans un amincissement du tissu cutané avec augmentation de densité et coloration en jaune, en sorte que la peau ressemble assez bien à du parchemin.

Dessiccation. — A une époque plus reculée, tous les tissus et organes de l'économie semblent avoir perdu la presque totalité des fluides qu'ils contenaient; ils sont comme desséchés, ce qui constitue la sixième période. C'est une chose remarquable que de voir la solidité qu'ils ont acquise. Elle est telle que les enveloppes propres des organes, comme celles de la rate et du foie, ne se laissent pas traverser par la matière putride en laquelle la substance de la rate ou du foie a été transformée. Pendant ce temps, la saponification a fait des progrès, elle s'est étendue à tout le tissu cellulaire ambiant. Elle a pénétré dans le tissu cellulaire inter-musculaire, et alors on aperçoit des fibres cellulo-graisseuses qui séparent les fibres musculaires. Le tissu musculaire semble seul avoir échappé à la dessiccation, il est d'un rouge vif, virant au rose, luisant, humecté, et cependant il ne se laisse pas déchirer facilement. — C'est à peu près au quatrième mois que ces tissus sont dans cet état.

Corrosions. — Arrive la septième période, celle dans laquelle la peau offre des corrosions. Ces corrosions présentent une surface granuleuse; il semble que le tissu cutané ait été érodé. Et lorsque la corrosion a détruit toute l'épaisseur de la peau, les bords sont fréquemment taillés en biseau. Ces corrosions suivent, dans leur développement, à peu près le même ordre que la putréfaction en vert, en brun, et que la saponification. Elles sont toujours une suite de la saponification; elles reposent constamment sur un tissu saponifié. Elles prennent, du reste, deux états distincts : ou elles se sont développées sur la peau intacte et saponifiée, et, dans ce cas, elles ont toujours une forme arrondie d'une étendue qui varie entre quelques lignes et une pièce de cinq francs; ou, au contraire, la corrosion a affecté une partie qui avait primitivement subi la putréfaction en vert, en brun et la fonte putride, et alors ce sont de larges corrosions dont la surface est variable en étendue comme la destruction de peau qui l'avait précédée; en sorte qu'il est facile de reconnaître, même à cette période, les points où la fonte putride a existé. — Cette période est très prononcée à quatre mois et demi.

Incrustations. — La huitième période de la putréfaction est

caractérisée par la transformation du savon ammoniacal en savon calcaire. Les eaux contenant, toutes, une quantité plus ou moins considérable de sulfate et de carbonate de chaux, il s'opère une double décomposition entre ces sels et les margarate et oléate d'ammoniaque. Ce phénomène produit un état tout particulier de la peau que j'ai eu occasion de faire connaître le premier, et qui consiste dans une augmentation très considérable de tous les bulbes des poils et de l'épaisseur du corps de la peau, en même temps que cette enveloppe acquiert une solidité toute particulière; cette solidité est telle que la peau devient sonore comme du carton quand elle est percutée. Cet état ne se manifeste que sur les parties qui ne reposent pas sur le fond de la rivière. Il nous a permis d'apprécier, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, la forme et la disposition des bulbes des poils : ceux qui occupent les parois abdominales représentent des petits tuyaux de plume couchés les uns sur les autres, qui se superposent en partie; ceux des cuisses sont arrondis, moins saillants, mais presque aussi gros; sur les épaules et à la partie supérieure du dos, ils sont beaucoup plus petits, pyramidaux, très pointus à leur sommet et placés les uns à côté des autres. Le tissu musculaire est dans un état de transformation graisseuse plus ou moins avancée. J'ai observé que tous les muscles qui étaient garnis d'aponévroses avaient conservé une apparence musculaire beaucoup plus marquée. Le cerveau est totalement converti en gras. Les os ont acquis une friabilité fort remarquable. Quand on frappe la tête avec un marteau, les os se cassent en éclats. Les poumons sont réduits au dixième de leur volume. Les cerceaux de la trachée restent en place, mais ils sont tous disséqués. L'estomac et les intestins sont presque détruits; il ne reste à leur place que des cavítés peu distinctes les unes des autres. Je suis porté à penser que les incrustations calcaires commencent vers quatre mois ou quatre mois et demi d'eau.

Depuis que j'ai décrit ces faits, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer comment s'opérait cette saillie des bulbes des poils; la peau s'érode, se détruit peu à peu de la partie supérieure des membres à leurs parties inférieures et selon la

circonférence du membre. Il semble qu'une moitié de l'épaisseur du derme se détache et soit dissoute par l'eau pour mettre à nu les bulbes des poils. Cette destruction d'une portion de la substance de la peau a lieu d'une manière nette, tranchée, et selon une ligne horizontale, en sorte qu'on distingue très facilement la partie détruite d'avec la partie conservée.

Destruction des parties. — Enfin, dans une dernière période dont la limite ne s'arrête qu'à la destruction complète du cadavre, les parties saponifiées s'altèrent peu à peu, finissent par disparaître, laissent les os à nu, qui se disjoignent, se perdent dans la rivière, s'érodent et se réduisent probablement en poussière, à moins qu'ils ne s'incrustent de sels calcaires à la manière des végétaux. Cette destruction des parties molles d'abord, puis des parties dures, commence à la tête, au centre de la poitrine et de l'abdomen, et gagne les extrémités (les pieds et les mains). Le bas de la jambe et le bas de la cuisse sont détruits avant les parties molles du genou. Mais on n'observe pas, dans les divers tissus, de changements autres que ceux que j'ai décrits.

J'ai essayé d'esquisser à grands traits la putréfaction chez les noyés ; j'ajouterai actuellement, sous forme de données générales, quelques propositions propres à faire sentir les modifications que la putréfaction peut recevoir de certaines circonstances accessoires. 1° Toute partie se putréfie d'autant moins vite, qu'elle est mieux garantie du contact de l'eau. Ainsi, les bottes chez les hommes, les corsets surtout chez les femmes, préservent les parties qu'ils enveloppent. Cet effet que nous avons très souvent observé a été surtout remarquable chez une femme de cinq mois à cinq mois et demi d'eau. Une grande partie de la peau du tronc était dans l'état naturel, quand celle de la tête était saponifiée; la peau des joues, de la moitié inférieure de l'abdomen, celle des cuisses, des bras, était recouverte de mamelons calcaires, et nous l'avons souvent observé depuis.

2° La putréfaction qui a pour résultat la coloration en vert, en brun et la fonte putride, est plus rapide dans l'eau stagnante : au moins les cadavres qui nous sont apportés à la Morgue, et

qui viennent du canal Saint-Martin, sont plus altérés dans les premiers temps de la putréfaction que ceux de la rivière.

3° Tous les cadavres ne subissent pas nécessairement dans toutes leurs parties les périodes que nous avons décrites, et ces périodes ne sont pas la conséquence inévitable les unes des autres. On peut établir, en thèse générale, deux putréfactions différentes dans l'eau : l'une comprenant celle en vert, en brun, la fonte putride et le développement de gaz ; l'autre a pour résultat la saponification, les corrosions, la dessiccation des tissus et l'incrustation calcaire. Je suis porté à regarder ces deux genres de putréfaction comme indépendants l'un de l'autre, parce que je vois la première espèce affecter toujours les mêmes points de l'économie, manquer dans certains cas, et alors la saponification la remplacer là où elle n'a pas eu lieu, comme elle lui succède lorsqu'elle s'est effectuée. Aucun fait ne me prouve que l'on pourrait rencontrer dans l'eau un sujet entièrement saponifié, sans aucune destruction des parties par la fonte putride ; mais il est certain que la fonte putride n'a pas besoin d'envahir les parties pour qu'elles se saponifient.

4° La putréfaction des cadavres en vert, en brun, en fonte putride, a lieu d'autant plus rapidement que la température est plus élevée. Ici, le développement de gaz s'effectue avec une rapidité extrême.

5° C'est encore une question pour moi de savoir si le développement de gaz est un phénomène constant. Il serait possible qu'en hiver il fût nul ou presque nul, et je penche fortement vers la possibilité de ce fait. Il est certain qu'il est loin d'être aussi rapide et aussi considérable dans la saison froide que dans la saison chaude. J'ai été à même d'observer plusieurs cadavres très avancés qui n'offraient pas de traces de destruction de peau, et chez lesquels, par conséquent, la putréfaction en vert et en brun avait été peu considérable ; ou au moins chez lesquels la distension des parties par le gaz n'avait pas été assez grande pour amener une fonte putride facile. Je ne présente cette proposition que sous la forme d'un doute ; c'est une question à résoudre par la suite.

6° La marche de la putréfaction en été ou en hiver est telle-

ment différente, qu'il y a quelquefois pour les deux saisons une différence d'un mois entre l'époque de développement des mêmes phases de la putréfaction.

7° Il est très rare que les cadavres se saponifient dans les rivières en été. Le développement de gaz est si abondant, qu'ils surnagent après quelques jours de leur immersion. Il y a lieu de croire que lorsqu'on trouve, en été, un cadavre qui a séjourné plus de quinze jours dans l'eau, c'est qu'il y a été retenu par un bateau, une corde, un crochet, ou qu'il a été enterré dans le sable. Les mariniers, en retirant le sable de la rivière, déplacent fréquemment des corps; quelquefois ceux-ci remontent à la surface de l'eau par une crue considérable de la rivière qui, sous l'influence du mouvement rapide imprimé à l'écoulement du liquide, déplace la masse de sable au milieu de laquelle ils étaient placés. Il ne faudrait pas tirer de cette proposition la conclusion que la saponification ne peut pas avoir lieu en été; je la crois même plus facile, mais il faut que le sujet soit maintenu sous l'eau.

8° La saponification n'a presque jamais lieu lorsqu'une partie d'un animal est dépourvue de peau. Lorsqu'on voulut imiter, en France, la fabrication anglaise du gras de cadavre, on crut mieux faire en enlevant la peau aux chevaux que l'on plaçait dans la rivière; on obtint, au bout de plusieurs mois, des squelettes. Aussi toutes les expériences qui ont été faites par M. Orfila, en plaçant dans l'eau les diverses parties du corps du même fœtus, ne nous paraissent pas d'un résultat assez certain pour indiquer une époque de putréfaction, à cause du contact direct et plus ou moins étendu des muscles avec l'eau.

9° L'ensemble des phénomènes qui se rapportent à la seconde période de la putréfaction, la saponification, la dessiccation, etc., est d'autant plus facile à se produire, toutes choses égales d'ailleurs, que le sujet est plus jeune et plus gras. Par conséquent, les chances de cette transformation diminuent avec l'âge.

10° Toutes les fois qu'un corps est dans une rivière, il y est sur le dos ou sur le ventre. Les femmes occupent en général la première situation, et les hommes la seconde. Ce fait s'expli-

que très facilement en ayant égard à la quantité de graisse que présentent les premières en avant du corps, et aussi au développement du ventre, qui est presque toujours le résultat des grossesses réitérées. Mais comme ce phénomène dépend d'une disposition toute matérielle, il peut se rencontrer chez l'homme, puisque celui-ci est quelquefois placé dans les mêmes conditions sous le rapport de la graisse et du volume du ventre.

Il résulte d'expériences faites par M. Orfila, que la putréfaction dans l'eau des fosses d'aisances est moins rapide que dans l'eau. Nous pensons que cette circonstance tient à ce qu'une fosse d'aisances est un milieu déjà putréfié qui dégage le plus ordinairement beaucoup d'ammoniaque, matière très propre à retarder la putréfaction en vert ou en brun et la fonte putride, mais susceptible de favoriser le développement de la saponification. Aussi nous pensons que ce dernier mode de putréfaction doit être beaucoup plus prompt dans l'eau d'une fosse d'aisances que dans l'eau seule.

DES ALTÉRATIONS QUE PEUVENT ÉPROUVER LES TISSUS ET LES ORGANES DE L'ÉCONOMIE PENDANT LEUR SÉJOUR DANS L'EAU.

Peau. — La peau peut subir dans l'eau trois ordres de phénomènes principaux : 1° Être le siége de la putréfaction en vert, en brun, en noir ; se soulever, se détacher par lambeaux, pour constituer sur diverses parties du corps et principalement aux yeux, au nez, à la bouche, aux aines, à la partie antérieure de la poitrine, à la partie interne des jambes, des ouvertures plus ou moins larges, au fond desquelles on aperçoit le tissu cellulaire, mollasse, à demi putréfié, répandant une odeur plus ou moins infecte. Souvent aussi l'épiderme se soulève sur diverses parties du corps, et constitue des ampoules remplies d'un liquide brunâtre d'une odeur infecte.

2° Probablement elle ne passe pas toujours par les divers degrés de cette putréfaction, mais elle peut devenir en peu de temps d'un blanc mat, s'épaissir, se saponifier en conservant sa consistance, puis s'éroder à sa surface pour constituer de véritables érosions aqueuses qui s'agrandissent de plus en plus,

et qui diffèrent des destructions de peau causées par la putréfaction, en ce que leurs bords et quelquefois leur surface sont rugueux, inégaux, rouges, se rapprochent assez des ulcérations avec bourgeons celluleux; tandis que dans les destructions de peau par putréfaction, les bords de la solution de continuité sont souvent formés par une peau saine, taillée à pic, sans rougeur sur les bords, et que je ne puis mieux comparer qu'à ces ouvertures résultant des désorganisations de peau par gangrène à la suite de vastes abcès sous-cutanés; toutefois, le dernier état n'accompagne jamais que les premiers mois de séjour dans l'eau; il peut être modifié par un contact plus long-temps prolongé dans ce liquide. Le tissu cellulaire qui constitue le fond de la solution de continuité peut devenir plus dense, filandreux, et les bords de cette solution se corroder à la manière des ulcérations qui n'ont lieu qu'après un long séjour dans l'eau; que si ces destructions de peau se sont effectuées sur des os, ces derniers acquièrent, à la longue, une couleur d'un rouge vif qui donne à la partie l'aspect d'un large ulcère. Il est donc important de bien distinguer les deux espèces de solutions de continuité qui peuvent survenir à la peau; les unes sont primitivement le résultat de la putréfaction en vert et en brun, elles peuvent se rencontrer dans les deux ou trois premiers mois; les autres, qui sont alors des corrosions, ne s'observent jamais qu'après la saponification, par conséquent après deux mois et demi à trois mois.

3° La peau peut acquérir une densité extrême, devenir jaunâtre et ressembler assez bien à du parchemin. Cette altération qui s'observe souvent sur les jambes et sur les avant-bras, accompagne une époque avancée dans laquelle ces parties sont amincies; elle donne une disposition fusiforme aux membres, l'épiderme, les ongles des pieds et ceux des mains étant tombés. Souvent cet état établit un contraste frappant entre les jambes et les cuisses; celles-ci ayant acquis au contraire plus de volume par le fait de la saponification. Enfin, nous ajouterons que la peau quelquefois se colore en bleu, en noir ou en rose.

Toutes les altérations précédentes peuvent ne pas avoir lieu, même au bout de cinq, six ou sept mois, quand la peau est ga-

rantie par des vêtements solides et serrés, tels qu'un corset, une botte, etc.; et il est bien important d'en tenir compte, quand on procède à l'examen des pieds, pour constater l'époque de la submersion.

Tissu cellulaire. — Le tissu cellulaire sus-sternal, celui de la face et des bourses sont primitivement le siége d'un développement de gaz et d'une coloration rougeâtre. Vient ensuite le tissu cellulaire profond qui environne la trachée, le larynx et les muscles du cou, celui qui remplace le thymus et qui entoure les vaisseaux qui partent du cœur et des poumons, ou qui se rendent à ces organes. Le tissu cellulaire se colore en rouge brunâtre, se remplit d'un liquide sanguinolent, résultat d'une transsudation du sang à travers les parois vasculaires par le fait d'un développement de gaz qui a lieu dans tous les vaisseaux ; puis le tissu cellulaire sous-cutané participe bientôt à cet état, mais ce n'est qu'en dernier lieu que celui des membres présente la même altération. Des gaz distendent fréquemment alors ses cellules et donnent au cou et à la partie supérieure de la poitrine un volume plus grand. Toutefois ce développement de gaz est loin d'égaler celui qui s'effectue en quelques heures, lorsque le noyé est exposé à l'air pendant l'été.

Ces phénomènes appartiennent à une époque de six semaines ou deux mois de submersion ; plus tard, le tissu cellulaire profond s'affaisse, se fonce en couleur, contient moins de liquide, acquiert plus de densité, et finit par devenir sec et filandreux. Celui qui tapisse la peau reprend son aspect blanchâtre, se laisse distendre par l'augmentation du volume de la graisse saponifiée.

Est-il bien certain que le tissu cellulaire saponifié ait primitivement subi les changements dont j'ai fait mention plus haut? c'est ce que je n'oserais pas affirmer, mais ce que je crois probable.

Vaisseaux. — Ils sont d'abord le siége d'un développement de gaz qui a pour résultat de faire transsuder à travers leurs parois le sang qu'ils peuvent contenir. Or, chez presque tous les noyés, les artères renferment du sang en bien moins grande quantité, il est vrai, que les veines, mais elles en contiennent ;

de là une coloration rougeâtre des parois des deux ordres de vaisseaux ; leurs tuniques ne perdent pas encore toute leur élasticité, ce n'est guère qu'au troisième ou quatrième mois que les parois artérielles s'affaissent, deviennent molles, flasques, et ne contiennent même plus de gaz. Une des preuves de l'absence de gaz dans les vaisseaux, est la disposition suivante, que j'ai observée dans un cadavre de cette époque. La couche superficielle du cerveau réduite en une matière pultacée, était venue distendre la veine jugulaire interne gauche, la veine sous-clavière de ce côté et une partie de la veine cave inférieure ; la matière cérébrale ressemblait à du pus, en sorte qu'ayant primitivement ouvert la veine cave, je fus frappé de cette disposition, et je crus un instant à l'existence d'une phlébite ; mais j'en trouvai bientôt la cause en disséquant la veine jugulaire interne et en ouvrant le crâne. Plus tard, les artères paraissent tendre à la saponification, tandis que les veines acquièrent une densité très grande et conservent beaucoup de ténacité. Il y a même une différence notable entre l'état des parois des cavités droites du cœur, et surtout de l'oreillette, et celui des cavités gauches. Le système vasculaire à sang rouge paraît disposé à se saponifier, tandis que les changements que subit le système vasculaire à sang noir se rapprochent de ceux que l'on observe dans les membranes séreuses.

Os. — Les seuls phénomènes que j'aie observés à l'égard des os, sont : 1° leur coloration ; 2° leur friabilité. La coloration des os est presque toujours rosée ; cependant, dans quelques cas, ils offrent une teinte verdâtre, ou même noirâtre. J'ignore à quelle cause est due le développement de cette matière colorante rose ; elle se rencontre rarement sur les os plats ; elle est fréquente au tibia, aux rotules et à l'extrémité inférieure des fémurs. Toutefois, elle ne se remarque que dans le cas où l'os a été mis à nu et où il y a eu macération.

La friabilité est surtout appréciable aux os du crâne ; ils se fendent en éclats sous le marteau, et donnent un son très clair quand on les frappe avec un corps dur.

Muscles. — Ils conservent leur couleur pendant long-temps, s'imbibent de liquides après que le sang a transsudé des parois

vasculaires, et se colorent en brun; mais plus tard ils s'affaissent à la manière du tissu cellulaire, s'amincissent et acquièrent une grande densité en même temps qu'ils se colorent en rose, ainsi que le font les os. Cette coloration est presque toujours compagne de la saponification. Elle s'observe plus souvent dans les muscles plats et minces que dans ceux qui sont longs et épais.

Membranes séreuses. — Je n'ai jamais vu les membranes séreuses en putréfaction. Il est certain que, par le contact de l'eau, elles acquièrent une densité toute particulière, ainsi qu'un aspect nacré fort remarquable. Elles semblent préserver de la putréfaction les organes qui en sont enveloppés. Ainsi, le foie et la rate qui, par leur texture, la quantité de liquide qu'ils renferment, se trouvent dans les conditions les plus favorables à la décomposition putride, y résistent pendant fort long-temps; et lors même que la substance de la rate est en putrilage, son enveloppe est encore bien conservée. Les cavités des membranes séreuses contiennent une sérosité limpide et quelquefois sanguinolente, même chez les noyés récents. A l'époque où le sang transsude à travers les parois des vaisseaux, la sérosité devient plus abondante dans les cavités splanchniques; elle augmente encore au moment où le tissu cellulaire ne contient plus de fluides, en sorte qu'il semble que ce soient les réservoirs de tous les liquides de l'économie. Plus tard, la peau, détruite à la jonction du cou avec la poitrine ou bien aux aines, établit une communication entre les cavités séreuses et l'eau, et alors ces liquides disparaissent.

Cerveau. — Le cerveau ne se putréfie pas en masse, c'est par la substance corticale que son altération commence. Une teinte verdâtre se manifeste; elle envahit peu à peu les couches internes; cet effet n'est guère complet qu'à trois mois. Cet organe se saponifie ensuite, conserve toutes ses formes, mais son volume a beaucoup diminué.

Organes de la respiration. — Ils sont le siége d'un développement de gaz qui s'effectue non seulement dans le tissu cellulaire interlobulaire des poumons, mais encore dans les ramifications des bronches. Ce dégagement de fluides élastiques a

lieu de bonne heure; c'est à lui qu'il faut attribuer l'expulsion de l'écume de la trachée et la bave écumeuse que l'on voit sortir de la bouche des noyés quand ils sont exposés à l'air. Plus tard, les poumons se développent et remplissent la cavité de la poitrine; la membrane interne de la trachée devient d'un rouge brunâtre ainsi que le tissu fibreux qui unit les cerceaux cartilagineux. Vers trois ou quatre mois, ce conduit perd son élasticité, ses parois s'affaissent ou prennent les formes que l'on veut leur donner; les poumons diminuent de volume et acquièrent plus de densité. Enfin, les portions membraneuses qui unissent les cerceaux cartilagineux se détruisent, et les fibro-cartilages restent seuls. Les poumons peuvent être réduits au dixième de leur volume; mais la putréfaction ne paraît pas les avoir altérés, car on peut encore les insuffler.

Estomac et intestins. — A la même époque où le tissu cellulaire commence à rougir, et souvent même long-temps avant, les intestins placés profondément se colorent en rouge brique dans toute l'épaisseur de leurs parois. Viennent ensuite les intestins superficiellement placés et l'estomac. Cette coloration, commune à tous les noyés, pourrait en imposer pour une phlegmasie du canal intestinal. Ils conservent cette couleur pendant fort long-temps; leur membrane interne est soulevée, dans divers points de son étendue, par des gaz développés dans le tissu sous-muqueux; ils prennent ensuite une teinte grisâtre, se ramollissent et se putréfient. En général, les intestins placés profondément se conservent plus long-temps. C'est ainsi qu'après dix ou douze mois, nous avons trouvé le colon ascendant presque intact et contenant des matières fécales. Les portions d'intestins qui sont environnées de graisse résistent encore mieux à la décomposition putride, et alors leurs parois acquièrent plus de solidité par la conversion de la graisse en savon.

ÉTAT DES CADAVRES DES NOYÉS A DIVERSES ÉPOQUES DE LEUR SÉJOUR DANS L'EAU PENDANT L'HIVER.

En général, on n'observe aucun changement dans l'aspect extérieur des organes avant le quatrième ou cinquième jour,

Noyé. Hiver. Seine. Mort par asphyxie. Une demi-heure de séjour dans l'eau.

Obs. XXXI. — Morel, Julien, âgé de quarante-deux ans, batteur de ciment, allée des Veuves, n° 1; noyé dans la Seine, auprès de la pompe de Chaillot, dans la journée du 21 février; retiré de la Seine aux environs de Chaillot.

Etat extérieur du cadavre. — Petite stature; peu d'embonpoint, mais force musculaire assez prononcée. La tête est portée en arrière; les yeux sont à demi ouverts, très brillants; la face est injectée; les lèvres, légèrement écartées, permettent de découvrir les dents serrées les unes contre les autres; tous les muscles paraissent contractés; les deux avant-bras sont à demi fléchis sur les bras; les mains fortement fermées; un peu de terre, mais très peu, aux ongles des mains; une évacuation alvine paraît avoir eu lieu après la mort, car la chemise et les cuisses de cet homme en sont salies. — *Cou.* Injection des vaisseaux superficiels; les vaisseaux du corps thyroïde sont gorgés de sang; les veines jugulaires externes sont aussi fortement distendues par ce liquide; l'épiglotte n'est point abaissée sur le larynx; la trachée-artère, ouverte dans toute sa longueur, laisse apercevoir, à un pouce environ au-dessus de la division des bronches, une certaine quantité d'écume rougeâtre, sanguinolente; cette écume existe dans les principales divisions des bronches, mais on ne voit pas un atome de vase dans les conduits aériens. — *Thorax.* Le poumon gauche offre quelques adhérences avec la plèvre costale; le poumon droit est libre; tous deux sont crépitants, peu gorgés de sang; mais lorsqu'on les comprime après les avoir coupés, ils laissent échapper en assez grande quantité une écume rougeâtre. Ces deux organes paraissent volumineux; le bord antérieur du poumon gauche recouvre le cœur en totalité; le poumon droit s'avance au-dessus des bronches. — *Cœur.* Les veines caves supérieure et inférieure sont gorgées d'un sang noir très fluide; il en est de même de l'oreillette et du ventricule droit; le ventricule gauche contient aussi de ce liquide, mais en beaucoup moins grande quantité. Le diaphragme est sensiblement refoulé en haut. — *Estomac.* L'estomac est très ample et rempli d'aliments solides de couleur grisâtre, qui paraissent être mêlés à des liquides, sans qu'on puisse préciser la nature de ces derniers; la membrane muqueuse de cet organe est rouge par places. La surface extérieure des intestins offre aussi une teinte rouge; vue à l'intérieur, la membrane muqueuse intestinale présente çà et là des traces d'inflammation, et elle est enduite d'une matière blanchâtre et comme pultacée. Le foie est plus foncé que dans l'état ordinaire; coupé, il laisse sortir une quantité de sang noir assez considérable. La vessie contient peu d'urine — *Cerveau.* Injection des vaisseaux de la dure-mère; la substance cérébrale non piquetée. Point de sérosité dans les ventricules.

Noyé. Hiver. Seine. Cinq ou six heures de séjour dans l'eau.

Obs. XXXII. — Femme de trente ans; d'un embonpoint ordinaire, retirée de la Seine, près le quai des Augustins. A son arrivée à la Morgue, la rigidité est très développée.

Etat extérieur du cadavre. — Il est naturel; l'épiderme des mains et des pieds n'est pas blanchi. On trouve au-dessus du sourcil droit, et

en dehors du front, une saillie sans altération du tissu de la peau et qui paraît être le résultat d'un coup. Au côté gauche du coronal existe une autre saillie encore plus prononcée, de couleur rouge ; enfin une tache de même couleur se remarque sur la paupière gauche. La bouche est fermée; les lèvres, très rapprochées et comme pincées, sont en partie couvertes d'écume. Les paupières à demi fermées laissent apercevoir les yeux, qui ont conservé leur brillant. Toute la peau du corps offre *la chair de poule* d'une manière très distincte. Il est facile d'y apprécier le volume différent des bulbes des poils et des follicules sébacés ; ils sont très volumineux et rapprochés à la partie antérieure des cuisses, plus éloignés sur le ventre, très rapprochés, mais plus petits aux épaules et nullement distincts à la face. Ces dispositions expliquent la forme des incrustations calcaires.

20 *février* 1829 (*jour de l'ouverture*). — Après 48 heures d'exposition au contact de l'air, le cadavre ne présentait encore aucune altération : à dater de cette époque, la face qui était tout-à-fait pâle, a commencé à devenir rosée, et cette coloration est aujourd'hui plus prononcée encore. La tumeur observée au-dessus du sourcil droit et en dehors du front consiste dans une ecchymose limitée au tissu cellulaire sous-cutané; celle du côté gauche est aussi le résultat d'une ecchymose extrêmement large, s'étendant en haut jusqu'à la racine des cheveux, et en bas jusqu'à la paupière supérieure. Cette ecchymose ne forme point une saillie très considérable, ou du moins elle est peu sensible par rapport à sa largeur. Lorsqu'on incise la peau, on voit le sang infiltré dans le tissu cellulaire; mais il a conservé sa couleur noire de sang coagulé, et on ne découvre point de nuances bleuâtres ou jaunes qui puissent faire soupçonner que l'ecchymose eût plusieurs jours de date avant la mort. Il paraîtrait enfin résulter de ces faits que ces contusions ont eu lieu lorsque cette femme s'est jetée à l'eau, et qu'elle est tombée d'assez haut. Le cadavre placé sur la table, et la tête élevée sur une pierre, on voit, en exerçant une pression sur le thorax, sortir par les narines une certaine quantité d'écume à bulles infiniment petites.

Le tissu cellulaire et les parties environnant la trachée ont conservé leur couleur normale. L'extérieur de la trachée-artère est blanc; les veines sous-clavières et jugulaires contiennent du sang noir, fluide.—*Thorax*. Même observation à faire que pour le cou. Les tissus ne sont point altérés. Le cœur est assez plein, ses parois sont molles; le ventricule droit contient du sang très fluide; les parois de la veine cave supérieure et de ses divisions sont molles et très pâles ; l'aorte contient beaucoup de sang fluide, ses parois sont très blanches ; le ventricule et l'oreillette gauches sont gorgés de sang. Les poumons recouvrent fortement le péricarde. Le poumon droit est très adhérent aux côtes ; le gauche est libre dans toute son étendue ; il a conservé sa couleur naturelle, seulement il est un peu ardoisé. Ces deux organes sont crépitants. Quand on incise la trachée-artère, on aperçoit, à la division des bronches, une quantité notable d'écume qui surnage sur de l'eau limpide, au milieu de laquelle se trouvent quelques flocons de mucus. Les bronches contiennent aussi de l'eau et un peu d'écume ; *mais l'une et l'autre s'arrêtent dans les premières divisions des bronches ; les dernières ramifications n'en contiennent pas*. Nulle part on ne distingue de la vase, des aliments, ou corps étrangers L'*estomac* renferme une assez grande quantité d'eau, au milieu de laquelle nage du mucus gastrique. Les intestins, qui sont plongés profondément dans le petit bassin, sont d'une couleur rouge brique à l'extérieur,

un peu moins foncée à l'intérieur; cette couleur simule très bien une gastro-entérite aiguë. Le foie, la rate et les reins sont dans l'état sain. La vessie ne contient pas d'urine; ses parois sont blanches. — *Cerveau.* Injection très peu marquée des vaisseaux de la dure-mère; substance cérébrale à peine piquetée; point d'épanchement dans les ventricules; rien dans le cervelet.

Noyé. Hiver. Douze à quinze heures d'eau.

Obs. XXXIII. — Lefort (Madeleine), âgée de soixante-neuf ans, fileuse de laine à la Salpêtrière; apportée à la Morgue le 4 mars 1829; retirée de la Seine au voisinage du pont Marie. (Cette femme était à la Salpêtrière; elle s'est jetée à l'eau, parce qu'on avait voulu l'empêcher de sortir.) Elle n'est restée dans l'eau que 12 à 15 heures.

État extérieur du cadavre. — Absolument rien de remarquable, pas même aux mains et aux pieds. On ne rencontre aucun des signes qui caractérisent l'état extérieur des noyés qui ont séjourné long-temps dans l'eau.

Sur la face supérieure de la langue existent quelques traces de vase; l'épiglotte est dressée. Un peu de vase existe aussi à la partie postérieure du pharynx; on en rencontre davantage dans le larynx, et la partie postérieure de la trachée-artère en offre une quantité notable. Les bronches, incisées dans leur longueur, laissent écouler une certaine quantité d'eau mêlée d'un peu d'écume. Il sort aussi de la trachée un corps solide qui a beaucoup d'analogie avec la graine d'un végétal.—*Thorax.* Les poumons, et surtout le droit, recouvrent en avant le péricarde; la section des veines jugulaires et sous-clavières donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang; les veines caves supérieure et inférieure contiennent aussi de ce liquide, sans cependant en être gorgées. Il existe dans la cavité du péricarde un peu de liquide incolore, écumeux, et moussant facilement par l'agitation. La surface extérieure de l'aorte est fortement injectée; le cœur est plein sans être gorgé. Lorsqu'on incise l'oreillette et le ventricule droits, on les trouve remplis de sang, coagulé dans le ventricule, moins consistant dans l'oreillette, tout-à-fait fluide dans les veines caves. A la surface du sang contenu dans le ventricule, on voit une légère couche grisâtre semblable à la couenne inflammatoire; et dans l'intérieur du caillot, quelques portions de fibrine blanchâtre. Le ventricule et l'oreillette gauche, moins remplis que les cavités droites, contiennent cependant une certaine quantité de sang à peu près coagulé. L'intérieur de l'aorte, et particulièrement de l'aorte descendante, offre la même disposition, et il suffit de presser sur celle-ci pour voir refluer le sang par l'incision pratiquée sur la crosse. Quant aux artères carotides, elles ne renferment que très peu de sang fluide. Cette disposition des cavités du cœur, qui toutes contiennent du sang noir, bien que les cavités droites en soient plus gorgées, semble prouver que la mort a eu lieu à la fois par *asphyxie* et en même temps par *syncope*. On voit aussi que le sang, qui, suivant presque tous les auteurs de médecine légale, est toujours fluide chez les noyés, se trouve ici tout-à-fait coagulé. Les poumons sont volumineux; ils ont avec les plèvres des adhérences qui paraissent anciennes; ils sont crépitants, et lorsqu'on les comprime, ils laissent échapper un liquide rougeâtre contenant un peu d'air. — *Abdomen.* L'estomac renferme une assez grande quantité d'eau, et de plus des aliments non digérés. Le foie est gorgé de sang, et porte sur sa face antérieure la

trace de la pression exercée sur lui pendant la vie par des cordons de jupons. La rate et les reins sont dans l'état sain. La vessie contient un peu d'urine nullement sanguinolente. — *Tête.* L'injection des vaisseaux de la dure-mère est très marquée : le sinus longitudinal supérieur contient du sang noir fluide; entre la dure-mère et le cerveau existe un peu de sérosité : le ventricule gauche en contient aussi plus que le ventricule droit.

Noyé. Deux jours environ de submersion. Mort par asphyxie franche.

Obs. XXXIV. — Un homme, âgé de cinquante ans, retiré du bassin de la Villette le 15 février 1829, apporté à la Morgue le même jour.

État extérieur du cadavre. — La face a conservé sa couleur naturelle, seulement les deux joues offrent une large plaque violette-brunâtre parsemée de stries rougeâtres. Les yeux sont fermés. Il existe sur le nez une écorchure de la largeur d'une pièce de dix sous. Le reste du cadavre n'offre rien de remarquable. L'épiderme des mains et des pieds ne présente pas de changement notable dans sa couleur. — 20 *mars, jour de l'ouverture.* Le cadavre n'a point changé d'aspect, seulement les yeux paraissent un peu plus affaissés. Lorsqu'on incise la plaque violette qui se remarque sur les joues, on voit une ecchymose sur la pommette gauche, qui s'étend dans toute l'épaisseur de la peau seulement, sans intéresser le tissu cellulaire. La peau et les muscles de tout le corps ont conservé leur aspect naturel. La cavité de la bouche ne contient point de trace d'aliments ni de corps étrangers. L'intérieur du larynx n'offre rien de remarquable. Vers les deux tiers inférieurs de la trachée-artère existe un peu d'écume rougeâtre à bulles assez larges. Les bronches, vers leur division, contiennent une eau rougeâtre; vers leurs secondes divisions, *on en remarque encore un peu; mais si l'on pousse plus loin les recherches, il n'en existe plus, et il semble que l'eau n'ait pas pénétré plus avant.* Les poumons sont crépitants, de couleur grise-brunâtre; le droit, libre et sans adhérences à la plèvre costale, est beaucoup plus volumineux que le gauche; il recouvre en totalité le péricarde; lorsqu'on l'incise et qu'on le comprime, on voit sortir par quelques unes des divisions des bronches un peu de liquide rouge, mêlé à une certaine quantité d'air; ce poumon paraît néanmoins peu gorgé de sang. Le poumon gauche, beaucoup moins développé que le droit, est aussi crépitant, mais il a contracté avec la plèvre costale des adhérences tellement intimes, qu'il devient très difficile de le détacher de celle-ci. Le cœur est volumineux; entre lui et le péricarde existe une petite quantité de liquide rougeâtre. Le ventricule droit, l'oreillette droite et les veines-caves contiennent une grande quantité de sang extrêmement fluide. Le ventricule gauche, l'oreillette gauche et l'aorte en sont totalement dépourvus; le diaphragme paraît refoulé en haut. L'estomac est ample, de couleur blanche à l'extérieur; sa cavité contient un peu d'eau de couleur rougeâtre, d'une odeur aigre et vineuse, et dans laquelle nagent quelques petites portions d'aliments. Le foie est volumineux, mais très sain; il en est de même de la rate; les intestins n'offrent point une couleur brune foncée, comme on le remarque chez beaucoup de noyés; la vessie est petite, racornie, et contient peu d'urine : point d'épanchements dans la cavité abdominale. — *Crâne.* Injection très marquée des veines de la dure-mère; sang fluide en assez grande quantité dans le sinus longitudinal. Les vaisseaux vei-

neux qui suivent les circonvolutions du cerveau sont remplis de sang. La substance cérébrale est légèrement piquetée. Les deux ventricules latéraux contiennent plusieurs cuillerées de sérosité roussâtre.

Jusqu'à cette époque, la chaleur s'est éteinte ; elle a été suivie de la rigidité, que la souplesse et la flaccidité de toutes les parties ont remplacée. La température du milieu dans lequel le cadavre se trouve, porte à penser que la chaleur s'éteint promptement. Je suis porté à croire que la durée de la rigidité est prolongée par le séjour dans l'eau, car les cadavres des noyés m'ont souvent présenté ce caractère de la mort, deux, trois et même quatre jours après leur immersion. On sait, d'ailleurs, que la rigidité cadavérique se conserve plus long-temps dans un milieu froid que dans une atmosphère chaude.

Au quatrième jour, l'épiderme de la paume des mains commence à blanchir, et cette coloration a lieu sur les éminences thénar et hypothénar, ainsi que sur les faces latérales des doigts ; d'abord très peu marquée, elle semble appliquée sur un fond bleuâtre qui donne à la main une couleur blanche ardoisée ; la face dorsale de la main ne participe pas à cette coloration ; le reste du corps ne présente rien de particulier.

Noyé. Seine. Quatre jours dans l'eau.

Obs. XXXV.— Gigon, âgé de quarante ans environ, ouvrier sellier, apporté à la Morgue le dimanche 29 mars, retiré de la Seine près de Sèvres.

Etat extérieur du cadavre. — Toutes les parties sont parfaitement conservées. Il existe une légère contusion au nez et au front ; mais l'injection de ces parties ne s'étend même pas à toute l'épaisseur de la peau. La face est légèrement rouge. *L'épiderme des mains est très bien conservé ; il commence seulement un peu à blanchir à sa face palmaire, mais il n'est point plissé. La face dorsale des mains ne participe pas à cette coloration. L'épiderme des pieds est dans l'état naturel.* Aucune trace de vase ni de sable entre les doigts des pieds ni des mains, non plus que dans les ongles. Le genou droit offre, dans l'étendue de la main environ, une injection de la peau, mais d'un rouge beaucoup plus pâle qu'on ne l'observe chez les asphyxiés par le charbon. — 31 *mars* 1829 *(jour de l'ouverture).* L'état extérieur du cadavre est le même qu'à l'arrivée ; le tissu cellulaire, partout où on l'examine, est comme dans l'état naturel. La langue est couverte d'un peu d'écume ; elle est rouge à sa base. Les muscles du cou sont dans une parfaite intégrité ; les veines jugulaires et thyroïdes sont gorgées de sang. L'extérieur du larynx et de la trachée-artère est blanc ; la cavité du larynx contient une quantité notable d'écume sanguinolente ; il en existe dans la trachée-artère, mais en moins grande quantité. Les bronches, vers leur première division, contiennent du mucus trachéal mêlé à de l'eau et à de l'écume. La même disposition se rencontre quand on suit les bronches dans

leurs secondes divisions ; on peut même, dans quelques unes des dernières ramifications bronchiques, distinguer la présence d'un liquide rougeâtre, mêlé à un peu d'air. — *Thorax.* Les veines sous-clavières, caves supérieure et inférieure, sont gorgées d'un sang noir et fluide. Le péricarde a conservé sa couleur naturelle. Le cœur est volumineux, mais sans altération organique. Le ventricule droit et l'oreillette sont complétement remplis de sang noir d'une très grande fluidité ; le ventricule et l'oreillette gauche n'en contiennent presque point, et c'est avec peine qu'on peut, en pressant sur l'aorte, en faire refluer dans le ventricule gauche. Ici existent des traces d'asphyxie complète. Les poumons recouvrent complétement le péricarde ; le droit est libre dans la cavité thoracique ; le gauche offre quelques adhérences en avant et en arrière. Ces deux organes sont d'un gris blanc à l'extérieur, d'un volume considérable, des plus crépitants, et laissent échapper beaucoup de sang quand on les comprime après les avoir coupés. Il existe dans la cavité thoracique du côté droit plusieurs cuillerées d'un liquide rougeâtre. Le diaphragme est refoulé en haut. — *Abdomen.* L'estomac n'est pas plus ample que dans l'état naturel ; il n'existe dans son intérieur qu'un peu d'eau mêlée à des crachats. Les parois de ces organes sont épaisses; la membrane muqueuse forme des plis, ou espèces de colonnes charnues, semblables à ceux qu'on rencontre dans l'estomac des chiens. Çà et là existent sur cette membrane des plaques rougeâtres, signes d'une inflammation chronique. La face externe des intestins est rouge ; tout l'intérieur du tube intestinal contient une quantité notable d'un liquide jaune qui paraît être de l'eau mêlée à de la bile. Le foie est volumineux et dans l'état sain. La rate paraît aussi très saine. La vessie contient une assez grande quantité d'urine de couleur ordinaire ; les parois de cette poche sont blanches. — *Crâne.* Injection marquée des vaisseaux de la dure-mère. Le sinus longitudinal contient du sang noir fluide. Les veines qui accompagnent les circonvolutions du cerveau sont gorgées de sang ; la substance cérébrale est ferme, consistante et finement piquetée. Il existe dans le ventricule gauche une sérosité limpide plus abondante que dans l'état ordinaire.

Les changements que subit l'épiderme des mains et des pieds doivent fixer l'attention du médecin-légiste ; c'est l'un des guides les plus sûrs pour arriver à la détermination du séjour des noyés dans l'eau. On sentira surtout l'importance de cette observation, lorsqu'il s'agira de préciser une époque, à l'égard d'un noyé retiré de l'eau en été, et exposé pendant quelques jours à l'air. La putréfaction de la tête, de la poitrine et de l'abdomen est portée au degré le plus élevé, quand les mains conservent encore le cachet de la durée du séjour dans l'eau.

Vers le sixième ou huitième jour, l'épiderme de la face dorsale des mains commence à blanchir en même temps que celui de la face plantaire des pieds a acquis une teinte blanche. La peau de la face est ramollie et offre une coloration d'un blanc plus mat, plus opalin que celle de la peau du reste du corps.

Au quinzième jour, la face est légèrement bouffie, rouge par places; une coloration verdâtre existe à la partie moyenne de la peau qui recouvre le sternum; l'épiderme des mains et des pieds est totalement blanc, celui de la surface dorsale des pieds est encore dans l'état naturel, et la teinte blanche ne s'étend que jusqu'aux malléoles, et à un pouce au-dessus des bords interne et externe de ces organes. (Il est d'observation que les pieds s'altèrent un peu moins promptement que les mains.) L'épiderme de la face *palmaire des mains commence à se plisser*, le tissu cellulaire sous-cutané de la poitrine, et surtout celui qui environne les organes profondément situés, se colore en rouge; la substance corticale du cerveau prend une teinte verdâtre dans la partie supérieure de cet organe.

Noyé. Quinze jours dans l'eau.

Obs. XXXVI. — Jeune garçon âgé de vingt ans et demi, retiré de la Seine le 27 février 1829, apporté à la Morgue le 28; disparu depuis quinze jours.

Etat extérieur du cadavre. — La face est légèrement bouffie, rouge par places, particulièrement du côté gauche, où il existe quelques plaques d'un rouge brun, signes de contusions; les yeux sont légèrement bouffis; la bouche, un peu entr'ouverte, laisse apercevoir la langue, dont la pointe est serrée entre les arcades dentaires, comme on l'observe chez les pendus. La peau du cou a peu changé de couleur. A la partie moyenne et supérieure de la poitrine, existe une plaque verte de six pouces de diamètre environ; elle va en diminuant vers les parties latérales de la poitrine, et la peau des parties voisines offre une teinte opaline. La couleur de la peau des bras, des avant-bras, et surtout des cuisses et des jambes, est absolument comme dans l'état naturel. L'épiderme des mains et des pieds est tout-à-fait blanc, à l'exception de la surface dorsale des pieds; les ongles sont néanmoins bien adhérents. Lorsqu'on incise le tissu cutané aux endroits de la peau où les contusions existent, on voit que l'injection ne s'étend pas même à toute l'épaisseur de la peau; ce qui donne à penser que ces contusions larges et superficielles n'ont eu lieu que lors de la chute de ce jeune homme dans l'eau, et très peu de temps avant la mort. Le tissu cellulaire du cou est dans l'état normal. Il n'en est pas de même de celui qui correspond à la plaque verte du sternum; il est d'un rouge brun, et cette coloration s'étend au-delà des limites de celle de la peau. Les muscles sont bien conservés. La langue, retirée de la bouche, offre vers sa pointe les traces des dents incisives et canines supérieures et inférieures. Sa base paraît injectée. La face externe du larynx et de la trachée-artère est de couleur naturelle. L'intérieur de ces conduits commence à prendre une teinte rouge, *sans aucune trace d'eau, d'écume, d'aliments, ni de corps étrangers.* Les bronches, suivies jusqu'aux dernières ramifications, offrent la même disposition. Les artères carotides et aorte ne sont pas colorées. — *Thorax.* Le thymus existe parfaitement conservé. Les poumons sont volumineux et recouvrent le

péricarde ; le poumon droit est libre et sans adhérences dans la cavité droite du thorax ; cette cavité contient un peu de sérosité roussâtre. Le poumon gauche a contracté de fortes adhérences avec la plèvre du même côté. Les deux poumons sont crépitants ; leur face externe est d'un blanc grisâtre, excepté sur le poumon gauche, à l'endroit des adhérences, où la teinte est rougeâtre. Lorsqu'on incise ces organes, on voit que leur tissu est un peu rouge et un peu gorgé de sang vers leur base ; si l'on comprime chaque portion de poumon, on sent qu'elle est crépitante, et l'on voit s'en échapper des bulles d'air. La couleur du péricarde est naturelle. La surface interne des cavités du cœur commence à se colorer. Ces cavités renferment déjà moins de sang ; il en existe plus à droite qu'à gauche. Le diaphragme est refoulé en haut. L'estomac est très ample et s'étend jusque dans le flanc droit ; sa membrane externe est soulevée par de l'air ; son intérieur contient une quantité notable d'aliments non digérés mêlés à fort peu d'eau. La face externe des intestins est d'un rouge clair ; la vessie est vide et ses parois sont blanches. Le foie, assez volumineux, est gorgé de sang ; sa vésicule est remplie d'air et ne contient point de bile. La rate et les reins sont sains. Les testicules n'ont point encore dépassé l'anneau inguinal. — *Crâne.* La face externe de la dure-mère est couverte d'une exsudation sanguinolente dans sa moitié antérieure. Lorsqu'on a enlevé la dure-mère, on voit entre elle et l'arachnoïde une exsudation sanguinolente très marquée ; cette dernière membrane a elle-même une teinte rouge brun. Les veines qui accompagnent les circonvolutions sont gonflées par de l'air ; la substance du cerveau a conservé sa couleur naturelle postérieurement et à sa partie moyenne ; mais antérieurement et sur les parties latérales, elle offre une teinte légèrement verdâtre ; du reste, tout le cerveau est finement piqueté.

A un mois. — Face rouge, brunâtre, paupières et lèvres vertes, tuméfiées ; nez d'un rouge brun, développé chez les femmes, et souvent aplati et déprimé chez les hommes. (Ce fait paraît tenir à ce que, dans l'eau, le cadavre des femmes reste placé sur le dos, tandis que celui des hommes est sur le ventre. En effet, on rencontre assez fréquemment des traces d'une pression exercée sur les rotules de ces derniers, altération qui ne s'observe que plus rarement chez les premières ; ou bien ce sont des femmes fort âgées et très maigres qui portent de pareilles traces. Ces altérations paraissent coïncider avec les rapports des mariniers qui ont souvent fait la même remarque, quant à la situation relative des cadavres, eu égard au sexe. Cette situation différente peut être facilement expliquée en considérant la disposition de la graisse chez l'homme et chez la femme. La partie antérieure du tronc de la femme en est pourvue d'une quantité considérable, quantité qui s'accroît encore à la suite des grossesses, et elle donne à cette région du corps

un poids spécifique beaucoup moins grand.) Les joues développées, verdâtres; le pourtour des yeux, du nez, d'une couleur brune; le col légèrement vert; *une plaque* d'un rouge brun, de six à huit pouces de diamètre, au centre et à la partie supérieure du sternum; cette plaque est bordée d'une auréole verte. Les bourses sont énormément distendues par des gaz; il en est de même de la verge, qui est tenue en érection par ces fluides élastiques. L'*épiderme des mains et des pieds est très blanc et très plissé.* On ne peut faire à ce sujet une comparaison plus exacte, qu'en assimilant son état à celui que détermine le contact prolongé de cataplasmes émollients sur ces parties dans les cas de panaris. *Les cheveux et les poils sont encore fort adhérents, il en est de même des ongles.* Le tissu cellulaire sous-cutané est déjà rouge dans les parties du corps que la putréfaction a envahies. Les poumons sont très emphysémateux. Ils remplissent la cavité de la poitrine, s'étendent plus ou moins en avant sur le péricarde. Cette disposition est tout-à-fait inverse à celle que l'on observe à une époque beaucoup plus avancée, ainsi qu'on le verra plus loin.

Dans quelques cas, des adhérences celluleuses fixent les poumons aux côtes, et alors leur augmentation de volume sous l'influence des gaz provenant de la putréfaction est beaucoup moins marquée. La trachée ne contient que peu ou point d'écume. La substance corticale du cerveau est d'un gris verdâtre et répand une odeur forte.

Noyé. Hiver. Un mois quatre jours dans l'eau.

OBS. XXXVII. — Gommard, âgé de trente-un ans, bijoutier, rue du Temple, n° 5; apporté à la Morgue le 11 mars 1829, à une heure; retiré de la Seine près Passy. Il était disparu depuis le 5 février 1829.

Etat extérieur du cadavre. — Face rouge, verdâtre; paupières et lèvres tuméfiées; nez rouge-brun, déprimé, mou, flasque; joues verdâtres et très gonflées; col légèrement vert; plaques d'un rouge brun, de six pouces environ de diamètre en haut du sternum; le reste de la peau de la poitrine, des bras, du ventre, des cuisses et des jambes, n'est pas coloré; les bourses et le pénis, énormément distendus par de l'air, tiennent la verge en érection; les ongles des pieds et des mains sont encore fort adhérents; mais la peau de la totalité des mains et des pieds est blanche, plissée, comme elle devient lorsqu'on la recouvre longtemps de cataplasmes émollients; les cheveux et les favoris adhèrent encore beaucoup à la peau.

21 mars 1829 (jour de l'ouverture). En vingt-quatre heures, toute la

peau est devenue d'un vert beaucoup plus foncé ; le col est très vert ; la poitrine et les parties latérales de l'abdomen ont offert la même couleur, mais un peu moins intense ; les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes ne présentent pas cette teinte ; à la partie interne de la cuisse gauche existent des lignes d'un brun rougeâtre et croisées en divers sens. Tout le tissu cellulaire de la face et du tronc est rempli de gaz infects. La cavité de la bouche contient une certaine quantité d'eau rougeâtre. Il existe sur la langue et dans l'arrière-bouche quelques petites portions d'aliments non digérés ; le larynx et la partie supérieure de la trachée-artère en renferment aussi un peu (effet de la putréfaction gazeuse) ; la membrane muqueuse qui tapisse ces conduits est d'un rouge brun ; les bronches, incisées dans une grande étendue, ne contiennent ni aliments, ni eau, ni corps étrangers ; mais quand on comprime les poumons, on voit sortir une petite quantité de sérosité rougeâtre, mêlée de bulles d'air ; les parois des veines jugulaires et sous-clavières sont affaissées sur elles-mêmes ; lorsqu'on les coupe, on voit s'écouler de leur intérieur une petite quantité de sang noir fluide ; la couleur des parois des artères est rouge brun ; elles ne contiennent pas de sang. — *Thorax.* Le péricarde est rougeâtre, ainsi que toutes les parties environnantes ; son intérieur contient à peine un peu de sérosité roussâtre ; le cœur est peu ferme ; il existe dans le ventricule et l'oreillette droite du sang noir *presque entièrement coagulé ;* les parois de ces cavités offrent une teinte noire que des lavages réitérés ne font point disparaître. Le sang contenu dans les veines-caves supérieure et inférieure est noir aussi, mais moins consistant. Les cavités gauches du cœur contiennent peu de sang ; leurs parois ont aussi une couleur rouge brun, mais beaucoup moins foncée que celle des cavités droites. Les poumons sont assez volumineux ; leur face externe est grisâtre et rouge brun par places ; le droit a contracté de fortes adhérences avec la plèvre costale. Tous deux sont crépitants, et lorsque après les avoir coupés, on les comprime, on voit sortir de leur intérieur un peu de sérosité rougeâtre. Le diaphragme est refoulé en haut. — *Abdomen.* L'estomac est ample, légèrement distendu par de l'air ; ses parois sont rougeâtres, ainsi que tout le reste du tube intestinal ; il contient un peu d'aliments à demi digérés et de même nature que ceux observés sur la langue, dans le larynx et la trachée-artère. Le foie est volumineux et gorgé de sang. La rate n'offre rien de remarquable ; son tissu paraît assez ferme. Point de sérosité rougeâtre dans la cavité abdominale. La vessie contient un peu d'urine nullement sanguinolente ; sa face interne est rosée. — *Crâne.* Injection très marquée des vaisseaux de la dure-mère ; lorsqu'on incise cette membrane, il s'écoule un peu de sérosité contenue entre elle et la masse cérébrale. Le sinus longitudinal, incisé dans toute sa longueur, laisse écouler un peu de sang noir fluide. La substance cérébrale est de couleur gris verdâtre à sa surface, et répand une odeur infecte ; le ventricule droit renferme une quantité notable de sérosité rougeâtre ; sur le côté gauche de la tête, près du bord supérieur du pariétal, on rencontre, dans l'étendue d'un pouce environ et dans la profondeur de cinq à six lignes, un épanchement de sang pur.

A un mois et demi. — Outre les altérations de l'époque précédente, on observe que le col et les parties latérales de la poitrine présentent une teinte verte très intense ; le tissu cellulaire

sous-cutané est très rouge ; l'épiderme commence à se détacher à la base des mains ; les ongles sont encore fort adhérents.

Noyé. Hiver. Un mois dix-sept jours dans l'eau.

Obs. XXXVIII. — Colignon, Émile, commis marchand, rue Bertin-Poirée, n° 22 ; âgé de dix-sept ans, apporté à la Morgue le 25 mars 1829, disparu depuis le 4 février ; retiré de la Seine près Passy.

État extérieur du cadavre, jour de l'arrivée. — La face est bouffie, rougeâtre ; le col est verdâtre ; les parties latérales de la poitrine commencent à prendre cette teinte ; l'épiderme de la face palmaire se soulève en divers endroits ; les mains et les pieds ont conservé leurs ongles.

26 *mars, jour de l'ouverture.* — Toute la peau du corps est verte, mais la teinte est plus foncée au cou ; à la face elle est d'un brun vert très foncé ; l'épiderme est soulevé par plaques sur la partie supérieure et antérieure de la poitrine ; le tissu cellulaire du cou, celui qui se trouve au-dessous du sternum et dans la cavité thoracique, est rouge-brun ; il est très emphysémateux dans toutes ses parties ; le tissu des muscles est d'un rouge plus foncé que dans l'état naturel.

La langue est un peu rouge ; à sa base on aperçoit çà et là, sur sa face supérieure, des traces d'aliments. La face externe du larynx est blanche, celle de la trachée-artère est rougeâtre ; mais la face interne de ces deux conduits est d'un rouge brun ; l'épiglotte est petite ; la muqueuse qui la recouvre est rouge et soulevée par des gaz : point d'eau dans l'intérieur du larynx ni de la trachée ; mais dans cette dernière seulement, on découvre quelques petites parcelles d'aliments. Quand on incise la division des bronches, et qu'on presse sur le poumon, on voit sortir un liquide rouge-brun, mêlé de quelques bulles d'air ; mais beaucoup plus épais que celui qu'on rencontre chez les noyés dont la putréfaction est moins avancée. (Doit-on admettre ici l'existence de l'eau ?) Ce liquide s'observe non seulement dans les secondes divisions des bronches ; mais on peut le suivre encore dans les dernières ramifications, ce que nous n'avons pas encore observé pour l'eau écumeuse des autres noyés ; chez eux, à peine peut-on la suivre jusqu'aux premières divisions des bronches ; les veines jugulaires, cave supérieure et sous-clavières, ne contiennent pas de sang ; leurs parois ainsi que celles des artères carotides sont rouges, leur intérieur est de même vide de sang. *Pas un atome de sang dans les cavités droites ni gauches du cœur ;* les colonnes charnues du ventricule droit ont une teinte rougeâtre un peu plus forte que celles du ventricule gauche. Du reste, les parois du ventricule droit chez ce jeune homme sont minces ; à peine si elles ont dans quelques endroits une ligne d'épaisseur ; la teinte du péricarde est rougeâtre, sa cavité contient un peu de sérosité sanguinolente ; la veine cave inférieure incisée donne un peu de sang noir fluide, en pressant fortement sur l'abdomen ; *les cavités droite et gauche de la poitrine contiennent une quantité notable de sérosité sanguinolente : les poumons recouvrent peu le péricarde :* le droit est libre dans sa cavité thoracique ; le gauche est adhérent à la plèvre costale ; il est peu volumineux et laisse en haut un espace qui est rempli par la sérosité sanguinolente dont nous venons de parler. La couleur de la plèvre qui revêt ce poumon particulièrement à l'endroit des adhérences est d'un rouge assez vif et ressemble à une pleurésie récente ; le tissu des deux poumons, quand on le coupe, est rouge, et si on comprime ces organes, on en voit sortir un liquide brun sanguinolent qui paraît gorger le tissu

pulmonaire; le poumon droit est dans le même état que le gauche, il n'est point crépitant. (Il y a eu asphyxie pulmonaire.)

Le diaphragme est refoulé en haut; l'estomac est des plus amples; il s'étend jusque dans le flanc droit, sans cependant être considérablement distendu; sa tunique externe est emphysémateuse ainsi que le grand épiploon; la cavité de l'estomac est aux trois quarts remplie d'eau, dans laquelle nagent des aliments à demi digérés; la membrane muqueuse de cet organe est brune par places; les intestins sont aussi très amples, rouges à l'extérieur, et offrant çà et là des traces rougeâtres à l'intérieur. Point de sérosité sanguinolente dans la cavité abdominale. La vessie est vide. Les reins sont sains. Le foie est rouge, son tissu se déchire facilement, il est assez volumineux.—*Crâne.* Les veines superficielles du cerveau, particulièrement du côté gauche, sont gorgées de sang; la substance du cerveau est molle, d'un gris rougeâtre par places, et verdâtre dans d'autres, où elle ressemble à de la terre glaise; l'odeur qu'elle répand est des plus infectes.

Noyé. Hiver. Six semaines de séjour dans l'eau.

Obs. XXXIX.— Pascal, Edme, âgé de trente-cinq ans, charretier à la Villette, disparu le 1er janvier 1829, retiré du canal Saint-Martin le 16 février 1829, ouvert le 19 du même mois. (Cet homme s'est noyé par amour.)

État extérieur du cadavre. — Face énormément tuméfiée, généralement verdâtre, rougeâtre au front et aux joues; quand on incise la peau de la face, il s'échappe de l'air contenu dans le tissu cellulaire sous-jacent; les cheveux sont assez adhérents au cuir chevelu; la partie supérieure du cou, la paroi antérieure de la poitrine, et supérieure de l'abdomen, offrent une teinte verdâtre très prononcée; une quantité notable de vase existe entre les doigts des mains, dont l'épiderme est blanc et semblable à celui des personnes qui ont long-temps savonné; il est en partie enlevé aux pieds, et la peau qui se trouve au-dessous n'a point changé de couleur; il en est de même de celle qui revêt la partie inférieure de l'abdomen, des cuisses et des jambes. Il existe au-devant de la partie moyenne du tibia une saillie qui paraît être la trace d'une contusion; la peau qui la recouvre est verdâtre, et quand on l'incise, on voit sa coloration se continuer dans l'épaisseur de ce tissu; elle s'arrête cependant dans le tissu cellulaire sous-jacent; le tissu cellulaire des muscles du cou et de la poitrine est rouge; la veine sous-clavière gauche est très dilatée par de l'air; quand on l'incise, il s'en échappe des gaz et une assez grande quantité de sang fluide. La trachée-artère mise à nu est rougeâtre à l'extérieur, d'un rouge brun à l'intérieur ainsi que le larynx.

Thorax.— La couleur du médiastin et celle du péricarde, surtout à la face interne, est d'un rouge brun; le cœur est fortement distendu par des gaz : lorsqu'on incise les parois des cavités droites, elles s'affaissent sur elles-mêmes; le ventricule droit, et surtout l'oreillette droite, contiennent une assez grande quantité de sang à demi coagulé; le ventricule gauche est dans l'état naturel; la face interne des cavités du cœur est d'un noir de geai, et cette coloration ne diminue que très peu d'intensité par les lavages réitérés; les veines caves inférieure et supérieure sont gorgées de sang : on retire plusieurs caillots de la veine cave inférieure. Le poumon droit, très volumineux, recouvre en partie le péricarde; le poumon gauche est adhérent à la plèvre; il existe dans la cavité droite de la poitrine une certaine quantité de sérosité sanguinolente; les deux poumons sont crépitants, gorgés de sang particuliè-

rement à leur base; le diaphragme est fortement refoulé en haut. La trachée-artère et les bronches incisées dans toute leur longueur ne présentent aucune trace d'écume; point d'aliments, point de corps étrangers ni de vase; l'épiglotte n'est point abaissée sur la glotte.

Abdomen. — La couleur de la face externe de l'estomac est rouge foncé; il existe dans la cavité abdominale une petite quantité de sérosité sanguinolente épanchée; le foie est plus rouge que dans l'état ordinaire; l'estomac contient une grande quantité d'aliments de couleur lie de vin, et quelques gaz. Ces aliments ne paraissent point mêlés à de l'eau; on ne remarque ni corps étrangers, ni vase; la muqueuse offre une teinte rouge à peu près uniforme que les lavages réitérés ne font point disparaître; la face externe des intestins est d'un rouge brun, plus marqué que la face interne, qui pourtant a une couleur plus foncée que dans l'état ordinaire; la rate est dans l'état ordinaire. La *vessie* contient une petite quantité d'urine sanguinolente; les parois de cette poche sont blanches.

Cerveau. — Le sinus longitudinal supérieur renferme une très petite quantité de sang noir fluide; les vaisseaux de la dure-mère sont fort peu injectés. Cette membrane incisée laisse à déouvert le cerveau, qui a une consistance mollasse et une couleur verdâtre; il est à peine piqueté par places; ses ventricules ne contiennent point de sérosité.

Deux mois. — Alors les noyés sont presque toujours recouverts d'une vase à molécules très ténues, qui filtre à travers les vêtements qui les enveloppent, et souvent sans que ces vêtements eux-mêmes en soient tapissés. L'époque à laquelle les cadavres sont recouverts de vase est bien susceptible de varier, suivant que le milieu est plus ou moins bourbeux, plus ou moins agité. — La face est énormément tuméfiée, d'une teinte généralement brunâtre; les lèvres, très volumineuses, sont très écartées, et laissent à découvert les arcades dentaires, en sorte que la bouche est largement ouverte. L'épiderme est soulevé dans quelques points de la face, de manière à former des vésicules remplies d'un liquide d'un brun rougeâtre; on le détache très facilement de toutes les parties. Le trajet des vaisseaux veineux superficiels du front est dessiné par une trace bleuâtre. Ces vaisseaux sont distendus par des gaz. La teinte brune de la peau du sternum est plus étendue, et la coloration en vert des parties latérales de la poitrine a gagné en haut la partie supérieure des épaules, en bas les parties latérales de l'abdomen, pour se joindre à une coloration verdâtre développée isolément aux plis des aines. La peau de la partie moyenne de l'abdomen est encore dans l'état naturel; il en est de même de celle des bras, des avant-bras, des cuisses et des jambes. (Ce

fait est fort remarquable ; il établit une différence tranchée entre la marche que suit la putréfaction des cadavres qui séjournent dans l'eau et celle des cadavres qui sont exposés à l'air. Chez les premiers, la face, le sternum et la partie inférieure du col sont les points où elle commence à se développer pour s'étendre ensuite aux parties latérales de la poitrine, aux épaules, aux parties latérales de l'abdomen, aux aines, aux bras, aux cuisses, aux jambes et aux avant-bras. Chez les seconds, c'est par le centre de l'abdomen qu'elle débute pour se porter à la poitrine, au col, à la face, aux avant-bras, aux jambes, etc. Cette différence est telle, qu'il est extrêmement facile d'établir *à priori* si un cadavre appartient à un noyé. Fréquemment on voit à la Morgue des sujets qui sont morts dans les hôpitaux, et qui y étaient inconnus. Jamais je n'ai commis d'erreurs à leur égard, lorsqu'ils présentaient des signes de putréfaction. Il en était de même pour les pendus restés accrochés à un arbre dans un bois, pendant trois, quatre ou cinq jours, et apportés à la Morgue lorsque la putréfaction commençait à s'établir.)

L'épiderme des mains et des pieds est soulevé; les ongles sont en partie adhérents, en partie détachés, mais ils tiennent toujours à l'épiderme et forment avec lui une sorte de gantelet. (Les ongles des pieds sont encore adhérents, quand ceux des mains sont tout-à-fait séparés.) Les cheveux et les poils commencent à tomber ; on les arrache facilement. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire du col et de la poitrine, et celui qui environne la trachée, les artères et les veines, sont d'un rouge brunâtre, infiltrés d'un liquide rougeâtre uniformément disséminé dans les cellules et sans aucune ecchymose ; les veines sont presque complétement vides de sang, ordinairement distendues par des gaz ; les artères, d'une couleur rougeâtre à leur surface interne et externe, comme dans l'épaisseur de leurs parois, offrent tous leurs vaisseaux propres infiltrés de sang et injectés. La trachée-artère, d'un rouge brunâtre à l'intérieur, présente à l'extérieur la même teinte dans les espaces qui séparent les cerceaux cartilagineux dont elle est formée, tandis que ces cerceaux conser-

vent encore leur couleur blanche ; mais vers deux mois et demi à trois mois, cette teinte envahit les cerceaux eux-mêmes.

Le péricarde partage la coloration des artères ; sa cavité contient de la sérosité sanguinolente ; le cœur, ramolli, flasque, ne contient plus de sang ; et si, au moment de la mort, les cavités droites étaient remplies par ce fluide, la surface interne du ventricule est alors d'*un noir de geai*. Une disposition analogue se remarque du côté opposé, dans le cas contraire. Cette coloration contraste d'une manière extrêmement marquée avec celle du ventricule, qui ne contenait que peu ou point de sang. Elle est tellement tranchée dans un grand nombre de cas, que je ne mets pas en doute qu'il ne soit possible, même après un temps très long, de déterminer si un noyé a péri ou non par asphyxie. Ce fait, d'une application journalière à la détermination du genre de mort, est aussi très important pour les questions de survie. En effet, tout porte à croire que la mort des noyés peut avoir lieu par le cerveau, ou par les poumons, ou par le cœur, ou d'une manière mixte, ainsi que l'ont admis Fine de Genève, Mahon et M. Marc. Or, la vie s'éteignant plus ou moins promptement, suivant le genre de mort, on peut donc établir des présomptions de survie, en y ayant égard. L'estomac, les intestins, sont d'une couleur rouge très intense, de manière à simuler une gastro-entérite des plus violentes ; enfin, il existe dans les cavités splanchniques une quantité plus ou moins considérable de sérosité sanguinolente.

La coloration des tissus est un effet cadavérique dont on peut facilement se rendre compte en ayant égard à la vacuité de tous les vaisseaux sanguins. C'est par suite d'un développement de gaz dans ces derniers organes, qu'il s'opère une transsudation de sang à travers leurs parois, et une imbibition de tous les tissus.

Noyé. Retiré de la Seine après deux mois quatre jours d'eau.

Obs. XL. — Phradelame, âgé de quarante-cinq ans, cordonnier, disparu du 5 janvier, apporté à la Morgue le 10 mars, retiré de la Seine vis-à-vis Chaillot.

Etat du cadavre à son arrivée. — Tête très volumineuse, d'un rouge brunâtre à la face ; les paupières et les lèvres vertes ; le nez ramolli, aplati, prenant la forme que l'on veut lui donner. Les cheveux

ne sont pas entièrement détachés ; ils résistent encore assez à la traction. La peau de la poitrine est en avant d'un rouge brun ; cette tache brune est le centre d'une coloration verte claire qui existe sur presque toute la poitrine. Les épaules, les parties latérales de l'abdomen, la peau des bras, des cuisses, et même des avant-bras et des jambes, a une tendance à la coloration en bleu verdâtre. Tout le tissu cellulaire sous-cutané, environnant la poitrine et principalement le cou, est développé par des gaz. Sur le dos on trouve des plaques de diverses couleurs, les unes jaune serin, les autres bleues, les autres vertes ; ces taches sont marbrées et d'une couleur vive. L'épiderme des fesses, des cuisses et du dos se détache.

Etat extérieur deux jours après. — Face bouffie, d'un brun rougeâtre ; cheveux et favoris peu adhérents ; paupières, surtout la gauche, très tuméfiées ; nez comprimé, mou, flasque ; lèvres tuméfiées et verdâtres ; plaques brunes sur la partie antérieure du cou. Toute la peau de la poitrine est d'un vert brunâtre ; celle du reste du corps et des membres offre une teinte verte ; il reste seulement quelques parties de peau blanche au-dessous des genoux. La teinte verte est plus prononcée à la partie interne des cuisses et le long du tibia. Une série de lignes brunâtres est disséminée sur divers points de l'étendue des membres. Le scrotum est emphysémateux et très distendu ; la verge dans la position de l'érection. Les ongles sont peu adhérents ; ils sont recouverts de vase. L'épiderme des mains et des pieds est presque détaché.

Tout le tissu cellulaire sous-cutané du col, de la face, de la poitrine, de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses est infiltré de gaz. Quand on perce la peau, il s'en échappe des gaz ; si l'on introduit l'instrument plus profondément, de manière à traverser l'épaisseur des muscles, une nouvelle quantité de gaz s'en échappe ; par conséquent le développement de gaz n'est pas borné au tissu cellulaire sous-cutané, mais il s'étend au tissu cellulaire profond des membres. En incisant la peau du col, celle de la poitrine, et en enlevant le sternum, on voit le tissu cellulaire très rouge, et l'on n'aperçoit plus les paquets adipeux. Il en est de même de celui qui entoure le larynx, les artères, les veines. Les veines du col, ne contiennent plus de sang ; la sous-clavière en renferme encore un peu. Le cœur est mou, flasque ; les cavités droites et gauches sont vides. La veine cave inférieure, ainsi que la membrane interne des deux ventricules, est noire ; mais il existe une grande différence entre l'intensité de la coloration du ventricule droit et du ventricule gauche, ce qui démontre que le ventricule droit contenait plus de sang que le gauche au moment de la mort. Les artères sont rouges intérieurement, et d'un rose rouge extérieurement. La langue présente à sa surface quelques portions d'aliments mous en partie digérés. La membrane muqueuse du larynx est d'un rouge brunâtre. Dans la cavité de cet organe et sur les cordes vocales on trouve de la vase ; dans la partie supérieure de la trachée, quelques fragments de matière alimentaire en partie digérée. La trachée, vue extérieurement, présente sa membrane inter-cartilagineuse rouge-brune ; intérieurement, elle est d'un rouge brun très foncé. Dans les ramifications des bronches, on trouve un fluide brunâtre spumeux. Les poumons sont d'un gris noir ; leur tissu est compacte et non crépitant à leurs bords antérieurs. Il est crépitant et rouge-brun dans le reste de son étendue. Dans la cavité du péricarde, il existe de la sérosité sanguinolente, deux cuillerées ; dans celle des plèvres, un verre environ.

Abdomen. — Foie très vert extérieurement. Cette couleur pénètre à trois ou quatre lignes dans l'épaisseur de sa substance, où la couleur

rouge brun du foie se dessine. Les incisions profondes dans cet organe font sortir du sang de ces vaisseaux. L'épiploon est rouge. L'estomac est d'un rouge brun ; sa membrane externe est soulevée par une grande quantité d'air ; dans son intérieur se trouvent des aliments en partie digérés et analogues à de la mie de pain ou à des marrons. Il n'y a pas beaucoup de liquide. L'intestin grêle est d'un rouge brun foncé dans la presque totalité de son étendue ; quelques portions sont vertes. Dans la cavité péritonéale et dans le petit bassin se trouve de la sérosité sanguinolente. La vessie, très distendue et très ample, ne contient rien. Le cerveau est vert extérieurement ; et la substance blanche a un peu participé à cette coloration. Quelques portions de substance grise sont en putrilage, principalement à la base du cerveau. La dure-mère est soulevée par des gaz.

Noyé. Hiver. Deux mois un jour dans l'eau.

Obs. XLI. — Wallette (J.-B.), âgé de quarante-cinq ans, disparu le 15 décembre 1828, arrivé à la Morgue le 16 février 1829, retiré du canal Saint-Martin.

État extérieur du cadavre. — Face rouge-violette, bouffie, luisante ; paupière droite peu tuméfiée, la gauche l'est beaucoup plus ; il existe, à l'angle de l'arcade sourcilière de ce côté, une tumeur d'un rouge plus foncé que les parties environnantes, de la grosseur et de la forme d'une noisette ; les paupières inférieures sont aussi gonflées et de couleur bleu-violet. L'œil gauche paraît plus injecté que l'autre, ce qui tendrait à faire penser qu'il y a eu contusion. Une partie de la barbe est enlevée au menton, le reste se détache avec la plus grande facilité ; les cheveux adhèrent peu au cuir chevelu. La peau du cou et celle de la partie antérieure de la poitrine est brune ; celle des parties latérales de l'abdomen est verdâtre. A la partie supérieure du thorax, l'épiderme s'y détache par plaques. L'épiderme des mains est presque complétement enlevé. La peau des cuisses a conservé à peu près sa couleur naturelle. Il n'existe point au pli des aines cette teinte rouge que nous avons observée sur plusieurs autres noyés. La peau des deux jambes est verdâtre par places : la teinte de la jambe gauche est bien plus prononcée. Il existe de ce côté, un peu au-dessus de la malléolle interne, un ulcère de forme triangulaire dont la base est dirigée vers la malléole ; il a environ un pouce de large sur deux pouces de long. L'épiderme de la plante des pieds est presque intact ; il offre des plis, des rides, semblables à celles qu'on remarque aux mains des personnes qui ont savonné. Entre ces plis existe de la vase ; l'intervalle des orteils et les ongles des pieds en contiennent aussi. Le tissu cellulaire du cou, de la partie antérieure de la poitrine et de la partie supérieure de l'abdomen, est soulevé par des gaz d'une fétidité extrême qui s'échappent aussitôt qu'on incise ce tissu. Les muscles du cou sont d'un rouge brun ; le tissu cellulaire environnant partage en partie cette teinte. La face externe de la trachée-artère offre une couleur rouge-brune. Les veines jugulaires et cave supérieure sont affaissées ; lorsqu'on les incise, on ne voit suinter de leur intérieur qu'une très petite quantité de sang fluide et altéré. Les parois des artères carotides sont rouges ; lorsqu'on les coupe, il ne s'écoule point de sang.

Thorax. — Les poumons sont volumineux, de couleur gris marbré, sans adhérences aux plèvres, crépitants ; le poumon droit recouvre en partie le péricarde ; cette dernière membrane est rouge, surtout à sa face interne ; elle ne contient que très peu de sérosité sanguinolente.

Le cœur est couvert de graisse dont la teinte est rougeâtre : ses parois sont flasques. L'oreillette droite ne contient que fort peu de sang noir fluide; le ventricule droit en est dépourvu; mais les colonnes charnues de cette cavité sont d'un noir de jais ; le ventricule gauche est vide de sang, ainsi que l'oreillette gauche ; ses colonnes charnues ont à peu près la même teinte noire que celles du ventricule droit. La veine cave inférieure contient une très petite quantité de sang noir fluide. Le diaphragme est fortement refoulé en haut. Il existe dans les cavités droite et gauche de la poitrine un épanchement sanguinolent assez considérable. L'intérieur de la trachée-artère est rouge foncé. Vers la division des bronches, on y remarque une petite quantité d'écume sanguinolente, à bulles plates et larges ; la subdivision des bronches n'offre plus autant d'écume; seulement, lorsqu'on comprime les poumons, on fait sortir par les divisions des bronches un peu de liquide rouge lie de vin, mêlé à une certaine quantité d'air. Pas un atome d'aliments ni de vase dans l'intérieur des bronches. Les poumons, incisés en plusieurs endroits, n'offrent aucune trace de congestion, si ce n'est à leur base (effet cadavérique).

Abdomen. — La surface externe de l'estomac et des intestins est d'un rouge brun ; l'épiploon lui-même a une teinte rose. Un épanchement séro-sanguinolent existe dans la cavité abdominale. L'estomac est ample, légèrement distendu par des gaz. La membrane muqueuse en est uniformément rouge, et cette teinte résiste à des lavages réitérés. La cavité de l'estomac contient à peine quelques cuillerées d'un liquide rougeâtre. La face externe des intestins est rouge comme celle de l'estomac ; la membrane muqueuse qui les revêt l'est aussi, mais la teinte paraît un peu moins prononcée qu'à l'extérieur. Le *foie* est un peu plus pâle que dans l'état ordinaire ; la vésicule biliaire aplatie contient à peine de la bile. La *rate* est d'un brun verdâtre et se laisse déchirer très facilement.

Vessie. — Complétement vide ; l'extérieur de cette poche est rouge, mais sa membrane muqueuse est beaucoup moins colorée que celle de l'estomac.

Cerveau. — Injection très peu marquée des vaisseaux de la dure-mère : la substance cérébrale est molle, verdâtre. Vers la partie antérieure du lobe gauche, au-dessus de l'œil gauche, se remarquent des traces de sang, disséminées dans la substance blanche.

Deux mois et demi. — Chez l'homme, cette époque n'apporte de différence que dans la teinte verdâtre de la peau. Elle est alors étendue aux bras, aux avant-bras et aux jambes; la peau du dos offre encore des plaques vertes, jaunes, bleues, disséminées sur un fond blanc, ce qui donne à ces parties l'aspect d'une marbrure à larges plaques. Les ongles, chez quelques noyés, sont complétement détachés des mains, mais plus rarement des pieds : les doigts sont alors effilés, fusiformes, très amincis, dépourvus d'épiderme ; ils sont gras au toucher, et comme couverts de mucus.

Chez la femme, un séjour de deux mois à deux mois et demi

dans l'eau amène une différence notable dans l'état du cadavre. Cette différence tient à la quantité de graisse dont est pourvu le tissu cellulaire sous-cutané. Voici à ce sujet les observations que j'ai faites : Les cheveux sont encore attachés au cuir chevelu, mais la moindre traction suffit pour les en détacher ; la peau du visage offre un aspect blanchâtre, opalin ; de petites érosions superficielles sont disséminées sur les joues ; la partie inférieure du col et la partie supérieure des épaules offrent une teinte verte. Les seins, dont le volume s'est accru, sont de couleur blanche opaline dans presque toute leur étendue ; le mamelon et son pourtour offrent une couleurbrunâtre ; il est aminci et peu développé, et sa flaccidité contraste avec la densité accrue du sein. L'espace compris entre les deux mamelles est d'un vert brunâtre : cette coloration se prolonge tout le long du sternum. (L'état du mamelon et de la peau du sternum est remarquable, en ce qu'il fait connaître la marche différente que suit la putréfaction dans les parties de peau placées sur du tissu cellulaire chargé de graisse, et dans celles qui sont appliquées sur du tissu cellulaire qui en est dépourvu ou qui n'en contient que fort peu.)

Le ventre, très volumineux, évidemment distendu par la putréfaction, offre une couleur blanche opaline ; il en est de même de la peau des cuisses, des bras et des jambes. L'épiderme des mains et les ongles sont le plus souvent en partie détachés, ou au moins les lavages et les frottements du balai que les gens de service emploient pour nettoyer les cadavres, les font facilement tomber.

Le tissu cellulaire sous-cutané est converti en gras de cadavre, au centre des joues, au-dessous des sourcils, au menton, à la partie supérieure du col, très superficiellement aux mamelles et à la partie antérieure des cuisses, et plus profondément aux aines. Ces différents états du tissu cellulaire retracent naturellement la marche que suit la saponification des cadavres, et surtout les points de l'économie où elle se développe en premier lieu.

Les muscles conservent encore à cette époque leur couleur naturelle ; leur texture ne paraît pas altérée, ce qui détruit

cette opinion de quelques chimistes, que, dans la saponification, les muscles fournissent l'ammoniaque qui doit servir de base au savon cadavérique. Sans nier d'une manière tout-à-fait absolue le concours des muscles dans la saponification, je pense que celle-ci peut s'effectuer indépendamment d'eux, et j'en trouve la preuve dans cette circonstance, que, dans les mamelles, par exemple, c'est la graisse qui touche immédiatement la peau qui se saponifie la première, et lors même que la graisse placée plus profondément est encore dans l'état naturel. La peau est évidemment altérée; elle est modifiée dans sa texture; sa couleur et sa consistance sont changées, quand les muscles paraissent être dans l'état normal.

Le tissu cellulaire profond qui environne la trachée-artère et les vaisseaux est rouge comme chez l'homme, mais moins imbibé de liquides; sa densité est augmentée; les cellules sont moins appréciables; les parois qui les forment sont plus rapprochées; et déjà, en exerçant sur elles des tractions, on voit que ce tissu devient filandreux.

J'ai cru devoir noter ces différences à l'égard de la femme; elles tiennent évidemment au développement du système lymphatique; par conséquent, la putréfaction chez quelques hommes pourrait se rapprocher de celle que l'on observe, dans la généralité des cas, chez la femme.

Noyée. Deux mois et demi dans l'eau.

Obs. XLII. — Le corps d'une femme de trente-six ans environ, d'une très petite taille et d'un embonpoint extrême, retiré de la Seine près Meudon, apporté à la Morgue le 12 mars, vers le milieu de la journée, a été reconnu pour être celui d'une fille publique disparue depuis deux mois et demi.

État extérieur du cadavre au moment de son arrivée (12 mars 1829). Les vêtements sont très bien conservés; la tête, toute la partie inférieure du tronc et les cuisses sont couvertes d'une couche assez épaisse de terre jaune verdâtre.

Une assez grande quantité de cheveux noirs mêlés de quelques cheveux gris, adhèrent encore au cuir chevelu; mais il suffit de quelques tractions légères pour les en détacher. La peau du visage, après plusieurs lavages, offre un aspect blanchâtre et graisseux. On remarque, sur différentes places de la joue gauche, quelques petits trous qui paraissent avoir été formés par du gravier. Les paupières sont tuméfiées. La partie inférieure du col et la partie supérieure du dos sont légèrement verdâtres. Les seins, très volumineux, sont de couleur blanche lardacée vers leur base; mais, vers le mamelon, la peau a de la ten-

dance à devenir rosée. L'espace compris entre les deux seins offre une teinte verte très prononcée dans la largeur de deux pouces environ, et dans toute la longueur du sternum. Le ventre est gros, très tendu, de couleur blanche. La peau des aines, dans l'étendue de trois à quatre pouces, offre une teinte qui tire un peu sur le gris brun; les cuisses et les bras sont blancs; la peau des mains ressemble parfaitement à celle qui a été long-temps couverte de cataplasmes, et l'épiderme s'en détache, ainsi que les ongles, avec la plus grande facilité. La peau des jambes est blanche; l'épiderme des pieds ressemble à celui des mains; celui de la plante du pied droit s'enlève, ainsi que les ongles, par la plus légère traction; celui du pied gauche est plus adhérent et se détache avec quelque peine.

14 mars, jour de l'ouverture. La teinte de la face paraît à peu près la même qu'elle était lors de l'arrivée de cette femme; néanmoins les paupières sont plus tuméfiées et de couleur brune. Le cuir chevelu est peu adhérent au crâne; sa surface interne d'un rouge brun, est teinte d'une certaine quantité de liquide sanguinolent. Lorsqu'on incise la peau de la face, particulièrement aux joues, au menton, et même aux sourcils, on voit que le tissu cellulaire sous-jacent est converti en gras de cadavre. La peau du col offre supérieurement la même disposition; mais, inférieurement, la dégénérescence est moins appréciable.

L'espace compris entre les mamelles a une teinte verdâtre plus prononcée qu'au jour de l'arrivée. Quant à la peau des mamelles, elle est rouge pâle dans presque toute son étendue; lorsqu'on l'incise, on voit que le tissu cellulaire sous-jacent commence à se saponifier, tandis qu'il est facile de distinguer l'état graisseux des tissus plus profonds qui entourent la glande mammaire.

Les parties latérales de la poitrine et supérieure de l'abdomen commencent à prendre une teinte légèrement verdâtre; le reste du ventre est d'un blanc opalin, mais la peau de cette partie, incisée, laisse apercevoir le tissu cellulaire sous-jacent à peu près bien conservé. Il n'y a guère que la couche supérieure de ce tissu, dans l'épaisseur d'une demi-ligne environ, qui ait de la tendance à se convertir en gras.

La peau qui recouvre les aines est aussi en partie détruite par places; et, en pratiquant à ces endroits des incisions assez profondes, on remarque que le tissu cellulaire est saponifié. Quant aux muscles sous-jacents, ils sont tous parfaitement conservés.

La peau des cuisses présente l'aspect opalin qu'elle avait au moment de l'arrivée. Sur le côté externe, on remarque çà et là quelques tubercules à base peu large. Quant au tissu cellulaire sous-jacent, il n'est converti en gras que dans la profondeur d'une demi-ligne environ.

La peau des jambes a peu changé; on voit cependant, dans toute la longueur du tibia, quelques traces bleuâtres. Le pied droit, dont on a enlevé l'épiderme lors de l'arrivée de cette femme, offre aujourd'hui une teinte rosée et jaunâtre par place; le volume de ce pied paraît diminué. Quant au pied gauche, qui a conservé son épiderme, il n'a point changé de couleur.

Autopsie. — Il existe sur la base de la langue, dans l'arrière-bouche, une couche assez épaisse qui paraît formée par de la vase et quelques restes d'aliments. Les muscles des parties antérieure et latérales du col sont d'un rouge brun. Le larynx et la trachée-artère, ouverts dans toute leur longueur, n'offrent aucune trace d'eau; leur membrane muqueuse est verdâtre et couverte d'une couche peu épaisse de matière d'un vert brun. Il est difficile de déterminer si cette teinte est le produit de la

putréfaction, ou si c'est de la vase qui tapisse toute la paroi interne de ce conduit. Les bronches offrent à peu près la même disposition, mais la couche verdâtre est moins prononcée; elles ne contiennent point non plus la moindre trace d'eau.

Les veines jugulaires et sous-clavières sont vides de sang; les parois de la sous-clavière paraissent un peu soulevées par de l'air. Les artères carotides sont d'un rouge foncé à l'extérieur; leur intérieur ne contient point une quantité de sang appréciable, mais leurs parois sont seulement lubrifiées par ce liquide altéré.

Thorax. — Les poumons, et particulièrement le droit, recouvrent le péricarde; ils sont assez volumineux, emphysémateux, et tiennent tous les deux aux plèvres costales par des adhérences qui datent déjà de loin. Ils sont d'une couleur grise brunâtre, assez crépitants; et quand on les coupe et qu'on les exprime, il sort, par les incisions qui ont été faites, une matière analogue à de l'écume sanguinolente. Le péricarde est couvert d'une couche très épaisse de graisse dont la couleur est rosée; la teinte de cette membrane séreuse est rouge brun; son intérieur ne contient point de sérosité; le cœur est volumineux, flasque, mou, et recouvert d'une assez grande quantité de graisse dont la teinte est aussi rosée. L'oreillette et le ventricule droit, incisés dans toute leur longueur, ne laissent écouler qu'une très petite quantité de sang; leur paroi interne, et particulièrement les colonnes charnues du ventricule, ont une teinte noir jais que les lavages réitérés ne font point disparaître.

Le ventricule et l'oreillette gauche, non plus que l'aorte, ne contiennent point de trace de sang, et leurs parois sont d'un rouge grisâtre et bien différentes de celles des cavités droites

Abdomen. — Le foie est volumineux, gorgé de sang; la vésicule biliaire est aplatie, contient un peu de bile d'un vert foncé. L'estomac et les intestins sont d'un rouge brun foncé; tout le tube intestinal est fortement distendu par des gaz. Il existe dans la cavité de l'abdomen une quantité notable de sérosité sanguinolente. L'intérieur de l'estomac contient de l'eau rougeâtre et au milieu de laquelle nagent quelques aliments non digérés. La membrane muqueuse est rouge foncé dans une grande partie de son étendue, et offre des places d'un vert brun.

La rate est molle, et son tissu est réduit à l'état de bouillie et d'un vert très foncé.

La vessie ne contient point de trace d'urine; ses parois sont blanches.

La matrice est volumineuse comme chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants; son intérieur contient environ une cuillerée à café de matière brune.

Trois mois et demi. — La face est tellement altérée, qu'il serait impossible de déterminer approximativement l'âge de l'individu. Le cuir chevelu est ramolli, dépourvu de cheveux et d'épiderme; la peau de la partie antérieure de la tête, très amincie, est en partie détruite par places; sa couleur est d'un blanc opalin dans les trois quarts postérieurs de la voûte du crâne, brunâtre au front. Les paupières sont en grande partie détruites; les yeux sont quelquefois saillants hors des orbites; dans d'au-

tres cas, affaissés; la peau du centre des joues et du menton est opaline, recouvrant une couche de gras de cadavre; les lèvres sont déprimées, saponifiées; la peau de la poitrine est généralement d'un vert brunâtre, le centre de l'abdomen est d'une couleur opaline, parsemé de petites ulcérations produites par l'eau. La peau des membres offre le même aspect que celle du centre de l'abdomen. Des corrosions de la largeur de pièces de dix, vingt ou trente sous, sont disséminées sur les bras et les avant-bras; leur forme est en général arrondie, leurs bords le plus souvent amincis, quelquefois découpés comme le sont ceux des ulcères vénériens. Il existe aux aines, tantôt des corrosions, tantôt des destructions de peau dans une grande étendue, et alors le tissu cellulaire, échappé à la putréfaction, est converti en gras de cadavre. Les corrosions sont plus larges aux cuisses qu'aux bras et aux avant-bras; elles égalent, terme moyen, un écu de six francs; on les rencontre principalement à leur partie antérieure. Celles des jambes sont oblongues, placées au côté interne et principalement sur le trajet du tibia. Cet os est à nu; il en constitue le fond, et comme il a acquis une couleur rosée très prononcée, l'ensemble de la corrosion simule assez bien un ulcère qui aurait eu lieu du vivant de l'individu. La peau est souvent détruite vis-à-vis les rotules, de manière à laisser ces os à nu.

Les mains et les pieds sont complétement dénudés; la graisse sous-cutanée de la face, d'une grande partie du col, des aines et de la partie antérieure des cuisses, est convertie en gras de cadavre. Le tissu cellulaire n'offre plus cette teinte rouge des époques précédentes, il est plus consistant, filandreux, se laisse tirer et déchirer comme de la filasse, dans la région du col et dans celle des aines. Tous les muscles placés superficiellement, et particulièrement ceux qui appartiennent aux régions du corps dans lesquelles la putréfaction a commencé, perdent leur teinte rouge-brunâtre pour prendre une couleur rosée; leur tissu mou, flasque, est abreuvé de sérosité. Les poumons ne remplissent plus, comme aux époques précédentes, la cavité de la poitrine; ils laissent entre eux et la plèvre costale un espace rempli de sérosité rougeâtre. Le péricarde et le tissu cellulaire

ambiant ont pris une teinte rouge-brune très foncée ; la sérosité sanguinolente qu'il contient paraît être moindre qu'aux époques précédentes, mais elle semble moins liquide et plus foncée en couleur. Le cœur, très flasque, conserve la couleur noire de jais dans les cavités où le sang a séjourné. Le foie ramolli est d'un brun verdâtre ; la vésicule biliaire vide de bile ; les intestins sont d'un rouge brun très foncé ; la membrane interne de l'estomac est le plus souvent soulevée par des gaz : toutefois, l'emphysème sous-muqueux peut exister antérieurement à cette époque.

Noyé. Seine. Trois mois et demi dans l'eau.

Obs. XLIII. — Veugen (Edme), âgé de trente-six ans, décrotteur, rue du Paon Saint-Victor, apporté à la Morgue le 24 mars 1829 ; retiré de la Seine le 23, près Puteaux.

État extérieur du cadavre, le 24, jour de l'arrivée. — La face est tellement changée, qu'il est impossible d'établir d'une manière à peu près exacte l'âge de cet homme. Le cuir chevelu est ramolli, dépourvu de cheveux et d'épiderme ; et la peau, à la partie antérieure de la tête, est très amincie et en partie détruite par places. Sa couleur est d'un blanc lardacé dans les trois quarts postérieurs de la tête ; brunâtre au front, blanche sur le côté gauche, où elle paraît transformée en savon. La portion des paupières qui recouvre les yeux est détruite ; ces derniers sont saillants et assez rebondis. Le nez est détruit en partie ; la joue gauche est blanche et convertie en gras de cadavre. Il en est de même du menton, sur lequel il existe encore de la barbe : les lèvres sont comprimées et transformées aussi en gras. La joue droite et le col sont d'un blanc verdâtre ; la peau de la poitrine d'un vert plus foncé ; celle du ventre d'un blanc grisâtre, luisante, lardacée, parsemée d'ulcérations produites par l'eau. Il existe dans le scrotum du côté gauche une hernie inguinale de la grosseur du poing. La peau qui la recouvre est mince et de même d'un blanc grisâtre ; celle des cuisses, des jambes, des bras et avant-bras, offre la même teinte ; mais, de plus, cette enveloppe présente, suivant qu'on l'examine sur l'une ou l'autre de ces parties, des ulcérations plus ou moins larges ; ainsi, sur les bras et les avant-bras, il en existe cinq ou six de forme ovalaire, de la grandeur de pièces de dix, vingt, trente sous ; quelques unes d'entre elles ont les bords parfaitement unis ; sur d'autres ces bords sont découpés comme ceux d'ulcères vénériens. La même disposition se rencontre sur les ulcérations de la poitrine et de l'abdomen. Aux plis des aines, outre deux ulcérations très larges, de forme oblongue et à bords découpés, la peau est complétement détruite dans une grande étendue, et au-dessous se remarque le tissu cellulaire converti en gras de cadavre. Aux cuisses, les ulcérations sont beaucoup plus étendues qu'aux bras ; plusieurs ont la largeur d'une pièce de six francs, et toutes sont à bords découpés ; la peau, aux endroits où elle n'est point ulcérée, offre une assez grande consistance, et elle est recouverte de quelques tubercules, commencement d'incrustation. La peau du genou droit est complétement détruite et laisse voir la rotule à nu. Aux jambes, c'est particulièrement à leur

face interne qu'existent les ulcérations; leur forme n'est plus ronde, comme celles des cuisses ou des bras, mais elles figurent un ovale très allongé; quelques unes ont trois ou quatre travers de doigt de longueur. Les doigts des pieds et des mains sont dépourvus d'épiderme.

27, *jour de l'ouverture.* — L'aspect du cadavre a peu changé; la partie antérieure du front est plus brune. La joue droite et le col offrent une teinte plus verdâtre. La peau des pieds et des mains, qui était dépourvue d'épiderme au jour de l'arrivée, est aujourd'hui plus desséchée, d'un rouge rose tirant un peu sur le jaune.

Partout où l'on incise la peau du visage, on voit que toute son épaisseur est convertie en gras de cadavre. Le tissu cellulaire du col a déjà changé de nature; il en est plus tenace, filandreux; ses cellules ont presque complétement disparu, et lorsqu'on cherche à le tirailler, il ressemble à de la filasse. Les muscles du col n'ont plus cette couleur brune qu'ils offrent chez beaucoup de noyés où la putréfaction est déjà assez avancée, mais dont la peau n'est pas convertie en gras de cadavre; ils sont d'un rouge pâle tirant sur le rose; leur tissu est mou, flasque et abreuvé de sérosité. La langue est couverte, particulièrement à sa base, d'une assez grande quantité de vase verte. Le larynx est assez bien conservé à l'extérieur, mais la trachée-artère est déprimée; elle offre une teinte brunâtre; les cartilages qui la composent sont mous; l'intérieur de ces deux conduits est d'un rouge brun. Les bronches, suivies jusque dans leurs dernières divisions, n'offrent point de trace d'eau ni de corps étrangers; cependant vers les dernières ramifications, lorsqu'on presse sur le poumon, on en voit sortir un peu de liquide rouge épais. (Il est impossible de dire s'il est formé par de l'eau mêlée de sang altéré.)

Les veines caves et jugulaires sont vides de sang; leurs parois sont affaissées sur elles-mêmes; les poumons ont beaucoup diminué de volume; ils sont mous, emphysémateux, non crépitants. Le poumon droit est d'un rouge brun, sans adhérences dans la cavité du thorax, où il existe une quantité notable de liquide sanguinolent. Le poumon gauche, assez bien conservé dans la portion qui forme son lobe supérieur, offre en cet endroit une couleur brune foncée. Cette portion est sans adhérence; mais le reste de cet organe, fixé par des adhérences intimes à la plèvre costale, a complétement changé de nature; il est de couleur gris verdâtre, analogue à de la terre glaise, se laisse facilement déchirer. Le péricarde est brun, contient à peine de la sérosité brunâtre. Le cœur est mou, flasque, peu volumineux. Point de sang dans les cavités droites, mais leurs parois ont une couleur noir de jais. Point de sang dans les cavités gauches. La couleur des colonnes charnues du ventricule est plus rouge que dans l'état naturel, mais non pas noire comme celle du ventricule droit.

Le foie est volumineux, d'un rouge brun; la vésicule aplatie et sans bile dans son intérieur.

L'estomac est peu ample; sa membrane externe est emphysémateuse par place; l'intérieur ne contient point de traces d'aliments et à peine de l'eau; les intestins sont rouge brun à l'extérieur; la portion d'intestin grêle contenue dans le sac herniaire offre par places une teinte rosée. La vessie est vide d'urine; un peu de sérosité existe dans la cavité abdominale La rate est noir-verdâtre; se laisse facilement déchirer.

Les muscles des cuisses offrent la même teinte rouge clair que ceux du cou.

Crâne. — A peine si le cuir chevelu est adhérent aux os. Ceux-ci

paraissent avoir acquis de la dureté; ils se brisent par éclats sous le marteau. Le cerveau a beaucoup diminué de volume; la dure-mère offre une teinte verte dans ses trois-quarts antérieurs; la substance cérébrale est d'un rouge grisâtre, considérablement ramollie et d'une odeur infecte.

Quatre mois et demi. — Cuir chevelu presque totalement dépourvu de cheveux, décollé des os du crâne, en grande partie détruit sur toute l'étendue du front. Il n'existe plus que quelques débris des paupières; les yeux sont affaissés. Les parties molles du nez n'existent plus. Les lèvres, désorganisées par la putréfaction, laissent à nu les arcades dentaires et une partie des os maxillaires. L'ensemble de la tête, et particulièrement de la face, est plus ou moins déformé, suivant la position que le cadavre a gardée et les pressions auxquelles ses parties ont été soumises. La peau du col, de la partie antérieure et latérale du tronc, est d'un vert grisâtre, parsemée de taches noires; celle des cuisses est jaunâtre, plus consistante, plus dense; on commence à y apercevoir une série de petits mamelons plus durs que le reste de la peau, et qui dénote l'*origine des incrustations calcaires* que l'on remarque à une époque plus avancée. Les jambes présentent des taches d'un bleu foncé.

Le tissu cellulaire de la face, du col, de la partie antérieure des cuisses, est totalement saponifié. Le reste du tissu cellulaire est le siége d'un développement considérable de gaz, qui donne à toutes les parties une forme arrondie contre nature. Un grand nombre de muscles présentent une teinte rosée très prononcée. Il existe de larges destructions de peau corrodée à la partie interne des deux jambes, qui mettent à nu le tibia dans presque toute son étendue; une foule de corrosions sont disséminées sur diverses parties du corps La trachée-artère, d'une teinte verdâtre, est ramollie, déformée, dépourvue d'élasticité.

Le cerveau est en partie putréfié, en partie converti en une matière grasse analogue, quant au toucher et à l'aspect, au gras de cadavre; c'est principalement en avant que cette transformation est plus complète. Les cavités splanchniques paraissent contenir encore plus de liquide d'un rouge brunâtre.

Noyé. Quatre mois et demi dans l'eau. Disparu le 4 novembre 1828, *et retrouvé le* 14 *mars* 1829.

Obs. XLIV.— Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes transportés le 18 mars 1829 à la Morgue, sur la réquisition de M. le procureur du roi, accompagnés de M. F..., commissaire de police, pour procéder à l'examen d'un cadavre, que l'on nous a dit être celui du nommé Genthon, Henri, âgé de trente-huit ans, journalier, rue de Bercy, n° 55, retiré de la Seine le 14 du même mois près Bercy.

Examen extérieur. — Taille d'un mètre soixante-neuf centimètres; embonpoint médiocre; une cicatrice *ancienne* au cuir chevelu, sur le côté gauche de la tête et un peu au-dessus de l'oreille, paraissant être le résultat d'une blessure faite par un instrument tranchant; une autre cicatrice arrondie, plissée, d'un aspect nacré, analogue à celle que produit le virus vaccin, ayant de huit à dix lignes de diamètre, résultat probable d'une ancienne application d'un moxa ou d'une brûlure qui aurait intéressé la presque totalité de l'épaisseur de la peau; le menton encore garni de barbe noire et assez longue; aucun autre indice qui puisse servir à éclairer la question d'identité.

Le cuir chevelu est dépourvu de cheveux, décollé des os du crâne d'avant en arrière et à partir des sourcils. La calotte osseuse, complétement dénudée, laisse apercevoir chacun de ses os unis entre eux par des engrenures profondes, ce qui dénote un âge déjà assez avancé, trente ans au moins. Les yeux dépourvus de paupières; les globes oculaires encore dans leurs orbites, mais complétement affaissés; les parties molles du nez détruites; les joues transformées en gras de cadavre dans leur partie antérieure; les lèvres désorganisées par la putréfaction, laissant apercevoir les deux arcades dentaires garnies de la presque totalité de leurs dents. La peau du menton, celle de la partie supérieure du col et tout le tissu cellulaire sous-cutané, transformés en gras. Au-dessus du larynx existe une dépression circulaire sensible à droite, peu sensible à gauche, de deux à trois lignes de diamètre; elle s'étend obliquement en haut vers les angles de la mâchoire en passant au-dessous d'eux; la peau détachée de cette partie en conserve encore la trace. Cette dépression correspond assez bien en avant à la flexion de la tête sur le col. Le tissu cellulaire sous-cutané est converti en gras de cadavre dans tout le trajet que parcourt ce sillon, et il y existe en assez grande quantité, circonstance qui éloigne l'idée qu'une pression soutenue ait pu être exercée pendant la vie sur cette partie par un lien, puisque les pressions de ce genre entraînent presque constamment une densité plus grande du tissu cellulaire pour constituer la ligne argentine que M. Esquirol a fait connaître, et qui se rencontre chez un grand nombre de pendus: aucune trace visible d'ecchymoses ou de déchirures dans les muscles. Le col, généralement tuméfié, est distendu par des gaz; la peau qui le couvre est d'un vert foncé marbré de noir. Il en est de même de celle de la poitrine et des membres. Un développement considérable de gaz dans tout le tissu cellulaire sous-cutané donne à toutes les parties du corps une forme très arrondie et contre nature. La partie antérieure des cuisses est transformée en gras de cadavre et recouverte d'une couche très superficielle de sels, probablement à base de chaux, ainsi que le présentent les noyés qui ont long-temps séjourné dans la Seine. Il existe aux deux jambes des corrosions de la peau, résultant du contact de l'eau avec ces parties; les pieds et les mains, fort effilés et amincis, sont dépourvus d'épiderme et d'ongles; les muscles

sont d'une teinte rosée. En résumé, il n'existe dans aucun point du corps de trace évidente de violences exercées pendant la vie, ce dont nous nous sommes assurés à l'aide d'incisions profondes et multipliées.

Organes intérieurs, tête. — Le cerveau, d'une teinte verte, est en partie putréfié, en partie converti en une matière grasse.

La langue est placée derrière les arcades dentaires et à une certaine distance ; elle ne présente aucune trace de morsure par les dents. La disposition contraire est assez générale chez les pendus.

La trachée-artère offre des parois molles et flasques : son intérieur, d'une teinte verte, paraît contenir quelques débris d'aliments, ou au moins de matières analogues à celles que nous avons trouvées dans l'estomac. Pas d'écume, ou de vase, ou de corps étrangers pouvant provenir de la Seine. On fait sortir des bronches et de leurs plus petites ramifications, des bulles gazeuses environnées d'un liquide très fluide et qui paraîtrait avoir quelque analogie avec de l'eau. Les poumons, très crépitants, ne sont pas gorgés de sang ; dans les cavités des plèvres, on trouve beaucoup de liquide séreux et sanguinolent, comme cela a lieu chez les noyés qui ont séjourné long-temps dans l'eau.

Le cœur, presque vide de sang, offre une teinte noirâtre à la surface interne de ses quatre cavités ; ce qui porte à penser que la mort n'a pas eu lieu par asphyxie, mais plutôt par syncope et peut-être aussi par congestion au cerveau, état complexe commun à beaucoup de noyés. Les gros vaisseaux veineux qui se distribuent à la partie supérieure du corps, sont vides de sang. La veine cave inférieure en renferme encore un peu, ainsi que l'aorte descendante. Sérosité sanguinolente dans le péritoine ; estomac peu volumineux ; dans sa cavité, un liquide couleur lie de vin mêlé à une petite quantité d'aliments presque totalement digérés. Les intestins, moins rouges que ceux des noyés de cette époque, ne contiennent rien de particulier. Le foie verdâtre ; dans la vessie un liquide séro-sanguinolent.

D'où nous concluons :

1° Que le cadavre soumis à notre examen se trouve dans toutes les conditions des individus noyés qui ont séjourné de quatre à cinq mois dans l'eau ;

2° Qu'il ne présente pas de traces de violences auxquelles on puisse attribuer la mort ; — car il nous serait difficile de regarder comme telle la dépression qui existait autour du col, et qui paraît être plutôt le résultat du contact d'un corps étranger de la Seine avec ces parties.

3° Il est possible pourtant que des violences aient été exercées pour faire périr cet individu, et que la putréfaction en ait fait disparaître les tracs.

4° Que c'est à la putréfaction qu'il faut attribuer la disparition de *tous* les signes propres à faire reconnaître si l'individu était vivant au moment de l'immersion ; nous ne pouvons donc pas même établir des présomptions à ce sujet.

(Il existait à la jambe gauche une destruction d'une partie de la peau qui recouvre le tibia ; l'os à nu était rouge comme le fond d'un ulcère ; les bords blancs, inégaux, formés par la peau convertie en gras de cadavre, la peau bombée et granulée, formaient un ensemble analogue à un long ulcère de mauvais caractère. A la jambe droite et le long de la partie interne se trouvaient des corrosions consistant en une destruction de peau dans plusieurs points inégalement circonscrits, dont les bords, taillés à pic, laissaient voir les muscles à nu et en partie putréfiés.)

Quoique je possède des observations de putréfaction plus avancée, je ne crois pas pouvoir retracer les caractères généraux d'une époque plus éloignée, attendu que les sujets qui me les ont présentées et qui ont été reconnus ne sont pas assez nombreux. Je noterai cependant ici quelques unes des altérations qui peuvent concourir à éclairer sur les progrès de la putréfaction.

Obs. XLV. — J'ai ouvert le corps d'une femme que je présume être resté de cinq mois à cinq mois et demi dans l'eau. Toute la tête était complétement saponifiée; les joues avaient acquis une dureté très notable; elles se laissaient difficilement déprimer par le doigt; elles semblaient être recouvertes d'une couche calcaire d'une certaine épaisseur. Les paupières, le nez, les lèvres, manquaient, et l'absence de ces parties laissait apercevoir les ouvertures des fosses nasales, ainsi que la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure. La peau et les muscles sous-jacents étaient détruits, à l'union du col avec la poitrine; pareille disposition se rencontrait aux aines, dans une étendue de trois à quatre pouces carrés. Une grande partie de la peau de la partie moyenne du tronc était presque dans l'état naturel; elle avait été garantie par un corset que portait cette femme, et qui était fortement serré (1).

La partie supérieure des épaules, toute la moitié inférieure de la peau de l'abdomen, les cuisses et les bras, présentaient une série de petits mamelons ou tubercules incrustés de sels calcaires (je reviendrai plus tard sur ces tubercules); celle des jambes et des avant-bras était comme racornie et se rapprochait de la consistance du parchemin; des plaques roses étaient disséminées sur diverses parties du corps; les muscles offraient une couleur rosée très prononcée; ils étaient infiltrés et liquides. Les plèvres contenaient une grande quantité de sérosité brunâtre; il en existait au moins un litre dans chacune d'elles.

(1) Il est d'observation que toutes les fois qu'une partie est garantie du contact immédiat de l'eau, de manière à ce qu'elle soit enveloppée et serrée par des vêtements, la putréfaction en est retardée. Cette femme en est un exemple frappant; nous en avons encore acquis la preuve chez plusieurs hommes qui portaient des bottes très justes; les pieds étaient alors beaucoup moins altérés que les mains. Il n'en est pas de même lorsque les liens sont appliqués sur la peau, car alors cette membrane, venant à se développer au-dessus et au-dessous du lien par le fait de la putréfaction, il en résulte une solution de continuité.

(Ces épanchements se rencontrent presque constamment chez les noyés qui ont séjourné plus de six semaines dans l'eau. Je suis porté à penser qu'ils sont le résultat d'une transsudation du sang et des liquides contenus dans leurs vaisseaux, par suite du développement de gaz qui a lieu dans ces canaux. Toutefois les gaz n'y restent pas toujours; car, vers quatre mois ou quatre mois et demi, les parois des vaisseaux s'affaissent et s'appliquent les unes sur les autres.) Enfin, chez cette femme, le cerveau paraissait être réduit à un volume bien moins considérable que dans l'état habituel; ses couches extérieures étaient d'un jaune brun, et le centre de sa masse ressemblait assez bien à de la terre glaise; il remplissait les trois quarts environ de la cavité du crâne.

J'ai eu l'occasion d'ouvrir une autre femme qui était restée beaucoup plus long-temps dans l'eau; je présume qu'elle n'avait pas moins de dix à douze mois de séjour dans ce liquide. Le cuir chevelu était complétement détruit, en sorte que toute la calotte osseuse était dénudée. Les orbites étaient remplis par une masse dure, solide, presque entièrement composée de gras de cadavre, figurant assez bien un cône dont la base placée en avant paraissait offrir les débris d'une cavité, et dont le sommet dirigé en arrière était formé par le nerf optique. Le centre de cette masse m'a paru formé par le paquet de tissu cellulaire graisseux qui remplit la partie postérieure de la cavité orbitaire. A sa surface on apercevait la trace des nerfs qui se distribuent aux parties accessoires de l'œil, ainsi que les débris des muscles qui environnent cet organe. La peau du nez, de la lèvre supérieure et celle de la partie inférieure de la face étaient détruites; les mâchoires étaient dépourvues de dents, en partie désarticulées; il n'y avait aucune trace de langue; la bouche était remplie par de la vase. Les parties molles qui unissent le col à la poitrine étaient entièrement désorganisées par l'eau; les cavités des plèvres communiquaient à l'extérieur par de larges ouvertures, le sternum et une partie des cartilages des côtes étaient tout-à-fait à nu. Le tronc était séparé en deux portions à la hauteur de la ceinture, probablement par la pression exercée sur les parties molles par les liens des vêtements

que cette femme avait portés. Les deux jambes et les pieds ne consistaient plus que dans les os qui en forment la partie solide ; les mains et les avant-bras ayant été entraînés par l'eau, les membres supérieurs formaient deux moignons à la partie inférieure desquels l'humérus venait faire saillie.

La peau présentait une disposition bien remarquable ; dans toute la région antérieure du corps, elle avait acquis une dureté considérable, plus prononcée aux joues, aux mamelles, à l'abdomen et à la partie antérieure des cuisses. Elle donnait un son très clair quand on la percutait avec un corps dur, tel qu'une clef ou un scalpel. En arrière, elle était encore molle, lisse, ne présentant aucun tubercule, fortement comprimée, ce qui démontrait que le cadavre était resté sur le dos dans la rivière. Toute la surface de la peau était hérissée de mamelons ou petits tubercules, dont les uns, placés sur l'abdomen, avaient le volume et la forme de petits tuyaux de plumes couchés les uns sur les autres, et se superposant en partie ; ceux des cuisses étaient arrondis, moins saillants ; sur les épaules et à la partie supérieure du dos, ils étaient beaucoup plus petits, pyramidaux et très pointus à leur sommet.

Cette disposition constitue une des périodes de la putréfaction des noyés. Je ne sache pas qu'on l'ait encore signalée avec quelque précision ; aussi m'y arrêterai-je quelques instants. C'est vers quatre mois et demi qu'elle paraît commencer chez l'homme. Je pense qu'elle peut survenir plus tôt chez la femme. En effet, elle ne se remarque jamais que sur les parties de la peau et de tissu cellulaire saponifiés ; or, la saponification survient plus tard chez l'homme que chez la femme. Ce phénomène dépend du dépôt des matières calcaires en dissolution dans l'eau des rivières, sous l'influence d'une décomposition de ces sels. Le produit de la saponification ou du gras de cadavre consiste dans la formation d'un oléate et d'un margarate d'ammoniaque ; l'ammoniaque s'empare de l'acide carbonique et de l'acide sulfurique, du carbonate et du sulfate de chaux, forme des sels solubles, et la chaux se combine avec les acides oléique et margarique pour donner naissance à des sous-sels insolubles. (*Voyez* page 158.)

Il me reste à faire connaître la cause pour laquelle cette incrustation se présente toujours sous la forme mamelonnée. Plusieurs raisons me portent à penser que cette forme est le résultat de la disposition organique des parties sur lesquelles l'incrustation a lieu ; et d'abord elle affecte toujours la même forme sur telle ou telle partie du corps. A la partie antérieure des cuisses, les tubercules sont arrondis ; ils ont une forme oblongue à l'abdomen, en même temps qu'ils présentent un volume plus considérable ; ils sont pyramidaux ou coniques sur les épaules et à la partie postérieure du col, quoique d'une dimension beaucoup plus petite. J'ai souvent eu occasion d'examiner des cadavres qui avaient séjourné pendant peu de temps dans de l'eau très froide. Ils présentaient cet état de la peau communément désigné sous le nom de *chair de poule*. (*Voyez les observations relatives aux premières époques du séjour du corps dans l'eau.*) Alors tous les bulbes des poils étaient très saillants, très dessinés ; et affectaient, quoique sous un moindre volume, absolument la même disposition. Même arrangement, même différence de forme suivant les parties où on les observait ; même volume relatif. Dès lors je n'ai pas pu mettre en doute que si cet état ne se continuait pas jusqu'à la période de la saponification, au moins cette dernière le développait-il de nouveau, de manière à ce que le dépôt de sel calcaire, ayant lieu uniformément sur tout le corps, conservât à son enveloppe la forme primitive qu'elle présentait. Je suis d'autant plus porté à penser que cette saillie des bulbes des poils est le résultat de leur saponification, que par le fait de cette transformation putride, la graisse acquiert un volume beaucoup plus considérable, distend les cellules du tissu cellulaire lamelleux et écarte leurs parois. D'ailleurs, en enlevant avec soin la couche dure qui tapisse les tubercules, on arrive à une matière tout-à-fait analogue à du gras de cadavre. (*Voyez* p. 219.)

Après cette digression, continuons d'indiquer les résultats de l'ouverture du corps.

Le tissu cellulaire graisseux était saponifié dans toute son étendue ; seulement il offrait quelque différence dans ses propriétés physiques. Celui de la région antérieure du corps était

dur, solide, très léger, ne paraissant contenir que très peu de liquide, remplissant toutes les cellules du tissu cellulaire et dessinant parfaitement ces cellules. Celui de la partie postérieure du tronc était au contraire mou, jaunâtre, pesant, imprégné de liquide, offrant en résumé l'aspect du lard, recouvert par la peau, dont l'épaisseur était plus considérable que dans l'état habituel. On n'y distinguait aucune cellule; c'était un tout homogène qui paraissait résulter d'une pression exercée pendant long-temps sur ces parties.

En général, tous les muscles superficiels qui ne sont pas recouverts par des aponévroses denses et dont la trame celluleuse a beaucoup de communications avec le tissu cellulaire sous-cutané, étaient convertis en gras de cadavre et confondus avec le tissu cellulaire graisseux. Tous ceux, au contraire, qui étaient enveloppés d'aponévroses denses, ou qui étaient séparés par des membranes séreuses, avaient conservé leur état musculeux. Il m'a été facile de constater cette disposition à l'aide de sections circulaires faites dans l'épaisseur des membres. Le *muscle grand droit* de l'abdomen en était un exemple frappant; baigné continuellement par l'eau, ainsi que je vais en fournir la preuve, avoisinant une portion de peau pourvue abondamment de graisse, il était dans toutes les conditions favorables à la saponification : cependant il présentait encore une grande quantité de fibres musculaires presque intactes.

Dans un très grand nombre de points de l'économie, les muscles avaient acquis une couleur d'un rose vif très prononcé, en même temps qu'ils étaient imbibés de beaucoup de liquides. Cet état me paraît être le résultat d'une putréfaction particulière aux muscles; le résultat de cette altération est l'amincissement du muscle, en même temps que son tissu acquiert plus de densité, tandis que la saponification augmente le volume de la partie saponifiée.

Parmi les vaisseaux, les artères offraient une tendance à la saponification, quand les veines étaient denses, d'un tissu serré, résistant, se laissant difficilement déchirer; elles paraissaient avoir acquis plus de solidité. Le ventricule droit du cœur offrait à peine des traces de saponification, quand le

ventricule gauche, presque entier, avait éprouvé ce genre d'altération.

Toutes les membranes séreuses avaient résisté à la putréfaction et paraissaient encore avoir acquis plus de solidité par leur contact avec l'eau.

Le cerveau, réduit à un volume bien inférieur à celui qu'il a ordinairement, était totalement converti en gras de cadavre; la forme de toutes ses parties était conservée; seulement, à sa surface existait une matière pultacée d'une odeur infecte. Les os du crâne étaient extrêmement cassants. (C'est une chose fort remarquable que cette friabilité qu'acquièrent les os par leur contact prolongé avec ce liquide. Entre les premiers mois de séjour dans une rivière et l'époque avancée dont nous parlons, on trouve des nuances de friabilité toujours croissante; la substance osseuse ne paraît pas altérée dans sa texture. Quand on frappe la tête avec un marteau, les os se cassent en éclats.)

Les poumons étaient réduits au dixième environ de leur volume; ils étaient parfaitement conservés. En les insufflant, on leur donnait un volume six ou sept fois plus grand. La trachée-artère consistait dans une série de cerceaux encore en place, quoique totalement dépourvus, en avant, des membranes qui les unissent. L'estomac et toute la couche superficielle des intestins étaient détruits; il ne restait que des cavités peu distinctes les unes des autres. Les intestins profonds étaient conservés; ils contenaient encore des matières fécales.

Il est important de noter que les deux cavités thorachiques communiquaient avec l'eau par deux ouvertures très larges, existant au sommet de la poitrine, et résultant de la destruction des parties molles de la région inférieure du col. Il en était de même à l'égard de la cavité abdominale, qui était ouverte par le fait d'une destruction analogue, placée sur le tronc à la hauteur de la ceinture. Voici la narration détaillée de ce fait.

Description du cadavre d'une femme apportée à la Morgue, et retiré de l'eau après un séjour de dix à douze mois.

Obs. XLVI. — Femme d'une très petite stature et d'un embonpoint très marqué; son âge est très difficile à déterminer, tant la figure

est altérée. Si l'on en peut juger par les dents qui restent à la mâchoire supérieure, par l'existence de la suture des deux portions du coronal, par la disparition des épiphyses des os longs, la conformation et le développement des mamelles et toute l'habitude du corps, cette femme peut avoir de vingt-cinq à trente-cinq ans; elle a été retirée de l'eau le 8 février 1829, auprès du Pont-Royal.

Aspect du cadavre et état extérieur. — La presque totalité du corps est recouverte de vase; quand on l'enlève à l'aide de lavages réitérés, comme on l'a fait sur le côté droit de l'abdomen et à la partie supérieure de la cuisse droite, on aperçoit la surface de la peau hérissée de mamelons très rapprochés les uns des autres, et donnant à ce tissu un aspect tout particulier; les mamelons sont surtout plus saillants à l'abdomen, moins prononcés aux seins et presque nuls à la peau de la face. Leur largeur est très variable; les plus gros peuvent avoir une ligne et demie à leur base. Leur forme offre des différences très tranchées : sur les côtés de l'abdomen, ils figurent des petits tuyaux de plume superposés et inclinés en avant; sur les cuisses, ils sont exactement ronds et très larges; sur les épaules, ils constituent de petits tubercules très fins, de forme pyramidale, de manière à hérisser ces parties d'une foule d'aspérités; on n'en rencontre que dans les points de la peau qui n'ont pas été en contact immédiat avec le sol : ainsi les téguments du dos, des lombes et des fesses en sont totalement dépourvus.

La consistance de la peau de la face est très grande, et analogue à celle des incrustations calcaires. Il est impossible d'en opérer la dépression sans la casser; il en est de même de celle des seins; aussi quand on cherche à déprimer une partie de ces organes, c'est un mouvement de totalité qu'on lui imprime. Les téguments de l'abdomen et des cuisses offrent à peu près la même consistance; mais cependant elle est moins prononcée. La peau résonne sous la percussion, dans tous les points où elle offre des incrustations.

Le cuir chevelu n'existe plus, et les os du crâne sont entièrement dénudés; les yeux sont aussi détruits; on n'aperçoit plus que le contour supérieur des orbites, le contour inférieur étant recouvert encore par des débris de paupières inférieures. Le fond de ces cavités est rempli en partie par la vase, en partie par le détritus des organes qui y étaient contenus, transformés en gras de cadavre. La presque totalité de la face est encore tapissée par les parties molles, si l'on en excepte sa partie moyenne, depuis la racine du nez jusqu'à la bouche. Il résulte de leur absence dans ce point un espace triangulaire au fond duquel on aperçoit en haut la cavité des fosses nasales, les os maxillaires supérieurs et l'arcade dentaire supérieure encore garnie de sept dents (incisives, canines et une grosse molaire); plus bas, la cavité de la bouche plus largement ouverte à gauche qu'à droite. La mâchoire inférieure est presque totalement dépourvue de dents.

Les mamelles forment deux saillies extrêmement considérables, très arrondies et fort bien conformées, à part leur développement contre nature. Une excavation profonde les sépare; elle est dirigée de haut en bas, et résulte de la destruction complète des parties molles; en sorte que le sternum est complétement dénudé; cette excavation qui existe entre les mamelles vient se réunir en haut à un autre enfoncement demi-circulaire où les clavicules sont à nu, et où l'on aperçoit, à gauche, la colonne vertébrale et une ouverture qui fait communiquer au dehors la cavité gauche de la poitrine. En bas et dans les deux tiers antérieurs de la circonférence du corps, existe une destruction analogue de parties

molles, qui permet de découvrir les cartilages qui unissent les côtes au sternum et des portions de ces côtes elles-mêmes, en sorte que l'œil peut pénétrer dans les cavités de la poitrine. Ces cartilages et ces os sont parfaitement conservés. Cette disposition, jointe à deux dépressions obliques empreintes sur les épaules et à deux autres enfoncements circulaires placés à la partie postérieure du dos, nous font présumer que cette femme portait, au moment où elle est tombée dans l'eau, plusieurs jupons pourvus de bretelles, et de cordons qui se nouaient autour du corps.

A partir de cette excavation, l'abdomen fait une saillie très considérable, au centre de laquelle la peau de cette partie vient s'unir à celle des cuisses, en dessinant très légèrement le pli des aines. Du reste, les parois abdominales sont généralement bien conservées et intactes. Les deux cuisses, très volumineuses, sont enveloppées de parties molles; elles sont fort écartées, dirigées en dehors, et laissent apercevoir entre elles les grandes lèvres, qui ont à peu près conservé leur forme extérieure; on voit distinctement des poils au milieu de la vase qui recouvre le pénil. Le genou droit et la partie postérieure de la jambe du même côté ont encore leurs parties charnues; le genou gauche en est dépourvu; on voit à nu l'extrémité inférieure du fémur, au-devant de laquelle se trouve la rotule tout-à-fait libre et tenant au tibia par son ligament. Les os de la jambe sont totalement à nu; le pied de ce côté n'adhère plus à la jambe que par quelques parties molles; il est encore contenu dans le soulier. Quant au pied droit, il est adhérent à la jambe, mais il est dépourvu d'orteils.

Les membres supérieurs ne consistent plus que dans le moignon de l'épaule et une portion du bras. Du côté gauche. l'extrémité supérieure de l'humérus et une partie du scapulum sont dénudés. Il en est de même de l'extrémité inférieure des deux humérus. Il n'existe ni avant-bras ni main. La position des quatre membres, fortement dirigés en dehors, indiquerait, à n'en pas douter, que cette femme est restée dans l'eau presque constamment sur le dos, si l'examen de la partie postérieure du tronc n'en fournissait pas la preuve.

Vu postérieurement, le tronc offre un plan horizontal, résultant du poids du corps sur le sol; les saillies formées par les fesses ont complétement disparu. A la partie supérieure du dos, existent, sur les parties molles encore intactes, deux dépressions profondes, qui, partant du bord supérieur de chacune des omoplates, se dirigent obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans, de manière à former un angle aigu, en se réunissant, vers la partie moyenne du dos, à un autre sillon transversal de la largeur de la main, qui complète l'excavation circulaire dont nous avons parlé en décrivant la partie antérieure. La peau de cette région est lisse, grasse, onctueuse au toucher.

Autopsie.

Crâne. — Les chocs imprimés à la tête par le marteau font jaillir une matière d'un blanc grisâtre, infecte; la calotte osseuse enlevée, on aperçoit le cerveau avec toutes ses formes, mais paraissant avoir beaucoup diminué de volume: la matière cérébrale est convertie en une substance qui paraît être du gras de cadavre.

Yeux. — Aucune trace du globe oculaire; chaque cavité orbitaire est remplie par une matière savonneuse et vaseuse; dans la cavité orbitaire gauche, le nerf optique est encore intact et presque dans l'état naturel, surtout à la partie postérieure. La graisse de ces cavités, les muscles,

les nerfs déliés qu'on y rencontre, forment une masse très consistante, où chaque partie est irrégulièrement dessinée.

Les deux joues s'enlèvent par masses, leurs muscles ne sont pas distincts. Les os maxillaires supérieurs, de la pommette, l'ethmoïde, etc., adhèrent entre eux; on détache facilement la mâchoire inférieure. Il existe encore quelques rudiments des muscles qui s'attachent à l'apophyse geni. Deux grosses molaires et une incisive se trouvent seules à la mâchoire inférieure.

De tous les muscles du cou, il ne reste plus que quelques débris du grand droit antérieur et du petit droit antérieur de la tête. Leur portion aponévrotique est parfaitement conservée. Les cartilages du larynx sont très distincts, mais totalement disséqués; immédiatement au-dessus du larynx, on voit la cavité de la bouche, dans laquelle on ne trouve plus de trace de la langue. La trachée-artère ne consiste plus que dans une série de cerceaux cartilagineux très bien disséqués et tout-à-fait dépourvus de parties molles; néanmoins ils ont tous conservé leurs positions respectives. La membrane postérieure de la trachée offre une infinité de petits trous, résultant de la putréfaction. Il existe aussi tout le long de ce conduit une quantité notable de vase. Le ligament antérieur de la colonne vertébrale est détruit; tous les autres trousseaux ligamentaux paraissent intacts.

La glande mammaire droite est convertie, ainsi que la gauche, en gras de cadavre; le muscle grand pectoral peut être très facilement disséqué; une substance celluleuse très dense le sépare de la glande; la couleur de ce muscle est rose grisâtre. Immédiatement au-dessous, on trouve le petit pectoral parfaitement conservé, mais d'une couleur plus brune; vers le cartilage des côtes, les parties aponévrotiques du grand pectoral ont complétement disparu. Les muscles intercostaux sont appréciables dans toute leur longueur, excepté dans les points correspondants à la destruction des parties molles extérieures, formant l'excavation circulaire dont nous avons parlé. Le périoste se détache facilement en avant des côtes. Il adhère en arrière. En poursuivant la dissection du grand pectoral, en dehors et du côté du bras, on arrive au deltoïde, qui offre le même aspect en dedans et en haut; mais, vers la partie inférieure, ses fibres sont d'un rose clair. Il semble que la trame celluleuse du muscle soit convertie en gras de cadavre, tandis que les fibres sont parfaitement conservés. Il en est de même des muscles du bras droit, des nerfs, des artères et des veines de ce muscle; une partie de la capsule de l'articulation scapulo-humérale est seule détruite.

Thorax. — Cavité droite, en grande partie remplie d'eau et de vase; poumon droit tellement affaissé sur lui-même, qu'il ne consiste plus qu'en une bande mollasse de quelques lignes d'épaisseur. Sa surface est ardoisée, elle adhère intimement au médiastin, par la membrane séreuse qui le recouvre. Il plonge au fond de l'eau.

La cavité gauche est tapissée par la plèvre qui paraît blanche, mince, d'un aspect nacré, se détachant assez facilement des côtes. Le poumon de ce côté forme une lame très mince, appliquée sur toute la partie gauche du cœur et du médiastin. La racine des poumons présente ses vaisseaux très distincts; l'artère pulmonaire, coupée en travers, laisse une ouverture béante. Le tissu des poumons offre une teinte ardoisée; il est très dense, très compacte et très mou. La *totalité* de l'air en a été expulsée; mais si l'on introduit un tuyau de plume dans plusieurs divisions des bronches, on parvient à l'insuffler avec une grande facilité. La membrane interne des bronches est très blanche.

Cœur. — Une masse considérable de graisse, transformée en gras de cadavre, recouvre le péricarde en avant. La couleur du cœur est jaunâtre : cet organe a considérablement diminué de volume ; ses parois sont appliquées les unes contre les autres. Sa forme est celle d'un triangle. En avant, se remarque un sillon profond sur toute sa face antérieure. Ce sillon part de la naissance de la crosse de l'aorte, gagne la partie moyenne du bord droit du cœur et se contourne à gauche, de manière à correspondre au trajet de l'une des branches de l'artère coronaire. Les parois de l'aorte sont flasques et conservent moins de consistance que celles des veines. Les carotides sont bien distinctes, ainsi que la sous-clavière gauche ; elles sont enveloppées d'une graisse celluleuse fort dense. La veine cave supérieure est parfaitement conservée. Ses parois sont plus denses que celles des artères. L'oreillette droite et le ventricule droit ont une consistance plus grande que l'oreillette gauche et le ventricule du même côté ; point d'apparence de sang dans ces cavités : la veine cave inférieure est tout-à-fait intacte. Les valvules tricuspide et mitrale sont bien visibles. Les ventricules droit et gauche sont très dilatés ; leur surface interne est tapissée par des colonnes charnues encore intactes ; mais les portions tendineuses de ces colonnes sont de même couleur que le tissu musculaire. Les parois du ventricule gauche sont, dans leur presque totalité, saponifiées ; celles du ventricule droit n'offrent qu'une couche très mince de gras de cadavre. L'aorte n'est pas altérée dans toute sa longueur ; ses parois seulement sont plus flasques et d'un toucher graisseux à sa crosse.

Abdomen. — Diaphragme parfaitement intact ; le foie forme une masse d'un brun grisâtre, pulpeuse, mollasse, et plus rouge à mesure qu'on examine l'organe plus profondément ; on distingue très bien les vaisseaux qui pénètrent dans sa substance ; la vésicule est intacte, sa cavité contient un liquide séreux. Sa surface interne, très brune, paraît parsemée d'une foule de petits vaisseaux très déliés ; la membrane qui la tapisse est comme chagrinée ; certains points sont de couleur grisâtre ; le volume du foie est réduit au moins d'un tiers ; on distingue très bien le sillon antéro-postérieur où se rend le ligament ombilical. Ce dernier, parfaitement conservé, très dense, libre dans l'abdomen, retient, à son extrémité détachée de l'ombilic, une portion de masse saponifiée, provenant des débris du pourtour de l'anneau ombilical.

Il existe entre les parois abdominales et ce qui reste dans l'abdomen, un espace très considérable, résultant du développement de ces parois. La masse des organes qui existent dans l'abdomen est recouverte d'une couche de vase et d'une foule de débris de végétaux. Quand on enlève la vase, on arrive à plusieurs cavités, dont une principale borde en haut et à gauche toute la concavité du diaphragme, et s'étend en bas sur une masse épaisse, dure, qui paraît être le mésentère. Cette cavité peut avoir huit pouces d'étendue de haut en bas, sur sept pouces de large ; ses parois consistent dans une membrane assez dure, n'ayant que peu d'analogie avec les membranes muqueuses et étant plus épaisse que les séreuses ; ces contours paraissent indiquer plutôt la place de l'estomac, que l'estomac lui-même. Ils forment un repli assez considérable du côté du foie et n'adhèrent nullement à la concavité de cet organe. Les autres petites cavités sont des portions d'intestins. A gauche et derrière la cavité qui représente l'estomac, on trouve un organe violacé qui n'est autre chose que la rate enveloppée du péritoine, mais réduite en putrilage, au milieu de son enveloppe très dense et parfaitement conservée.

Derrière la cavité gastrique, une lame graisseuse, qu'on ne peut

guère regarder que comme le mésentère, est unie à des portions d'intestins. Ces portions superficielles, comme desséchées, recouvrent des intestins mous, flexibles, analogues à ceux qui ont macéré pendant deux ou trois jours dans l'eau. Ils sont blafards et grisâtres. Dans plusieurs anses intestinales, on retrouve des matières fécales. Les gros intestins, colon ascendant, descendant, ainsi que la cavité du cœcum, sont très visibles; mais l'arc transversal du colon a totalement disparu, ainsi que les épiploons. Derrière chaque colon, se remarquent les reins diminués de volume, mais ayant conservé leur couleur; ils sont très mous. Quand on les incise, on observe que la couche corticale n'a pas subi d'altération bien notable, mais qu'une partie de la substance mamelonnée forme autour des calices et du bassinet une matière saponifiée. Les uretères existent dans toute leur intégrité, et il est facile de les suivre jusqu'à la vessie. La paroi antérieure de cette poche musculo-membraneuse manque; l'urètre est remplacé par un large trou; une partie des grandes lèvres est détruite.

Derrière la vessie et au-devant du rectum, existent encore quelques fragments de ligaments larges; l'utérus et les ovaires ont complétement disparu; on ne retrouve du vagin qu'un canal de la longueur d'un pouce environ, et tombant en putrilage.

Cuisses coupées circulairement à la hauteur du pli de l'aine. — L'épaisseur de la peau est visible dans toute la circonférence antérieure; le tiers postérieur offre la trace de la peau, dont l'épaisseur est très marquée en arrière, et qui se confond insensiblement en avant avec la couche calcaire. Le tissu cellulaire de la partie postérieure de la cuisse est noirâtre, putréfié, très odorant; les muscles de la partie postérieure sont conservés à peu près intacts; ceux de la partie interne sont saponifiés; ceux de la partie externe sont assez naturels; ils contiennent beaucoup de liquide infect.

DONNÉES GÉNÉRALES SUR L'ÉPOQUE DE LA MORT.

Si, d'après les faits que nous venons de rapporter, et un grand nombre d'autres que l'étendue de cet ouvrage ne nous permet pas de reproduire, nous cherchons à assigner des caractères propres à déterminer depuis combien de temps un noyé est resté dans l'eau, en supposant que la submersion ait eu lieu en hiver, nous sommes conduit à admettre les moyennes suivantes :

1° *De trois à cinq jours.* — Rigidité cadavérique; refroidissement du corps; pas de contractions musculaires sous l'influence du fluide électrique; l'épiderme des mains commençant à blanchir.

2° *De quatre à huit jours.* — Souplesse de toutes les parties; pas de contractions sous l'influence du fluide électrique; couleur naturelle de la peau; épiderme de la paume des mains très blanc

3° *De huit à douze jours.* — Flaccidité de toutes les parties; épiderme de la face dorsale des mains commençant à blanchir; face ramollie et présentant une teinte blafarde, différente de celle de la peau du reste du corps.

4° *Quinze jours environ.* — Face légèrement bouffie, rouge par place; teinte verdâtre de la partie moyenne du sternum; épiderme des mains et des pieds totalement blanc, et commençant à se plisser.

5° *Un mois environ.* — Face rouge-brunâtre, paupières et lèvres vertes; plaque rouge-brune, environnée d'une teinte verdâtre, à la partie antérieure de la poitrine; épiderme des mains et des pieds, blanc, développé, et plissé comme par des cataplasmes.

6° *Deux mois environ.* — Face généralement brunâtre, tuméfiée; cheveux peu adhérents; épiderme des mains et des pieds en grande partie détaché; ongles encore adhérents.

7° *Deux mois et demi.* — Épiderme et ongles des mains détachés; épiderme des pieds détaché; ongles encore adhérents.

Chez la femme, coloration en rouge du tissu cellulaire souscutané du cou, de celui qui environne la trachée et les organes contenus dans la cavité de la poitrine; saponification partielle des joues, du menton, — superficielle des mamelles, des aines, de la partie antérieure des cuisses.

8° *Trois mois et demi.* — Destruction d'une partie du cuir chevelu, des paupières, du nez; saponification partielle de la face, de la partie supérieure du col et des aines; corrosions et destructions de peau sur diverses parties du corps; épiderme des mains et des pieds complétement enlevé; ongles tombés.

9° *Quatre mois et demi.* — Saponification presque totale de la graisse de la face, du col, des aines et de la partie antérieure des cuisses; commencement d'incrustation calcaire sur les cuisses; commencement de saponification de la partie antérieure du cerveau; état opalin de la plus grande partie de la peau; décollement et destruction de la presque totalité du cuir chevelu; calotte osseuse dénudée, commençant à être très friable.

Quant aux époques plus reculées, nous ne nous permettrons pas de donner même des approximations.

Nous croyons avoir représenté le tableau fidèle de la putréfaction dans l'eau ; nous donnons aujourd'hui, avec plus de confiance que jamais, les époques que nous avons assignées à chacune de ses phases. Nous avons vérifié l'exactitude de ces époques nombre de fois, et, depuis la publication de notre travail, dans les *Annales d'hygiène* pendant l'année 1830, nous n'avons rien trouvé qui dût y être modifié. C'est donc avec conscience que nous présentons ce tableau. Il a été l'objet d'observations critiques qui nous ont été adressées par la personne le plus en état de nous en faire, M. Orfila ; mais ces observations n'ont pas pu nous convaincre, parce que les faits que nous avons rapportés à la pag. 150 et celui que nous allons citer pag. 276 sont pour nous trop concluants, puisqu'ils ont été observés par d'autres que par nous. Ce dernier cas était une nouvelle occasion de rechercher si nous avions été exact : eh bien ! avant de procéder à l'ouverture du corps du jeune Cambay (voyez page 276), nous avons donné à nos confrères lecture des altérations putrides caractéristiques de l'époque de la submersion, et elles se sont trouvées parfaitement en rapport avec le temps écoulé depuis la disparition de ce jeune homme.

Putréfaction en été.

Durant les fortes chaleurs de l'été, il est rare qu'un noyé reste plus de dix ou douze jours dans l'eau. La putréfaction gazeuse survient si rapidement, qu'elle donne au corps un poids spécifique moins considérable, et qu'elle le fait surnager, même bien avant cette époque ; le cadavre offre alors les caractères que j'ai assignés à six semaines de putréfaction. Ainsi, la face est bouffie, les yeux sont presque fermés par les paupières distendues de gaz ; les lèvres sont volumineuses ; toute la face est brunâtre. Le corps, en général, a acquis plus de volume, et ses formes sont arrondies. La peau présente une teinte opaline sur un fond vert ; une plaque verte existe au centre de la poitrine, dans l'espace qui sépare les mamelles. L'épiderme des mains est

plissé, épaissi, comme par l'application de cataplasmes, et tous les tissus et organes de l'économie ont acquis l'état que j'ai décrit à l'occasion de la période gazeuse de la putréfaction.

Il y a donc vingt à vint-deux jours de différence, entre la marche de la putréfaction en été, et celle de la putréfaction en hiver. Toutes les autres époques de l'année sont des intermédiaires à prendre entre ces deux extrêmes. — Cinq à huit heures de séjour dans l'eau en été correspondent à la période n° 1, de trois à cinq jours, en hiver. En vingt-quatre heures, la période n° 2, de quatre à huit jours, est survenue. Quarante-huit heures se rapportent à peu près à la troisième, celle de huit à douze jours. Celle de quatre jours équivaut à la quatrième, de quinze jours. Quant aux phénomènes, ils sont les mêmes; toute la différence consiste dans le temps qu'ils mettent à se développer.

Pendant le printemps, la succession de ces phénomènes n'est pas aussi rapide. Vingt-quatre heures d'eau, dans cette saison, n'amènent qu'une légère teinte blanchâtre de l'épiderme de la face palmaire des mains, qui se dessine sur un fond violacé principalement marqué aux éminences thénar et hypothénar. Il faut trois jours, à peu près, pour que l'épiderme devienne blanc, encore celui de la face dorsale des pieds est-il à peine blanchi. Au cinquième jour, il commence à s'épaissir principalement entre les doigts, et c'est vers le vingtième que l'on observe l'état coïncidant à la période d'un mois en hiver. Nul doute que ces phénomènes ne doivent s'opérer plus lentement, au commencement du printemps, qu'à la fin ; aussi n'arrive-t-on à pouvoir établir des approximations pendant ces deux saisons de l'année qu'en tenant compte de la température atmosphérique qui a existé depuis un certain laps de temps. Nous ne saurions trop appeler l'attention des médecins à ce sujet, surtout pendant la transition de l'hiver au printemps. Quand un hiver a été très rigoureux, la putréfaction marche très lentement pendant le premier mois du printemps. On ne peut pas raisonner de la même manière à l'égard de l'automne, et dire : quand un été a été très chaud, la putréfaction marche très vite en automne, quoique cette conséquence dût paraître découler de la proposition précédente. Voici quelle serait la cause de

l'erreur : les liquides ne s'échauffent que très difficilement par leur surface, qui est au contraire la source la plus puissante de leur refroidissement ; par conséquent, une rivière qui, pendant un hiver rigoureux, aura été soumise à une température très basse et long-temps soutenue, exigera, pour se mettre en équilibre avec la température de l'atmosphère, un temps extrêmement long, puisqu'il faut qu'elle s'échauffe par sa surface. Elle se refroidira, au contraire, très rapidement, parce que les molécules d'eau les plus chaudes, occupant toujours la surface du liquide, à cause de leur poids spécifique, viendront se mettre en équilibre avec l'air pour être remplacées par les molécules les plus profondément situées.

D'après le point de départ que nous avons pris pour esquisser le développement de la putréfaction en été, il résulterait que l'on n'aurait jamais à constater une époque de submersion plus ancienne que celle de huit à douze jours. Nous serions fâchés que l'on donnât un sens aussi absolu à cette proposition générale. J'ai dû cependant l'énoncer comme l'expression de ce que l'on observe le plus fréquemment. En effet, on ne retire le plus souvent un noyé de l'eau que lorsqu'on l'aperçoit surnager à la surface d'une rivière ; or, la surnatation étant le résultat de la production gazeuse dans le tissu cellulaire et les principaux organes, la durée de la submersion doit être en raison de l'époque de la production gazeuse. Mais il est des noyés que le hasard fait découvrir. Rien n'est plus commun que les mouvements de sable ou de vase qui constituent le lit d'une rivière. D'un moment à l'autre, une masse de sable peut être déplacée par le courant, et ce déplacement peut mettre un corps à découvert, ou surcharger un cadavre immergé depuis quelques jours seulement, et chez lequel la putréfaction n'était pas assez avancée pour amener la surnatation. Dans le premier cas, trois résultats possibles pourront être obtenus : A. Le corps est depuis peu de temps dans l'eau, il est arrivé à cette époque où la production gazeuse se manifeste ; alors sa surnatation s'effectuera sur-le-champ. B. Le corps est dans l'eau depuis quatre, cinq ou six mois ; il est plus ou moins complétement saponifié. La surnatation sera immédiate, parce que le poids absolu et le

poids spécifique ont considérablement diminué. C. Le corps a passé l'époque du développement de la putréfaction gazeuse, il est dans cette phase intermédiaire à cette période et à la saponification ; alors il pourra rester au fond de l'eau, nager entre deux eaux, ou venir à la surface, suivant une foule de circonstances qu'il est impossible d'établir en thèse générale. Dans le second cas, une fois recouvert de sable, le corps peut rester des mois, je dirais presque des années, sans sortir de l'eau ; il est donc impossible de rien préciser sur ce qui peut arriver dans la suite. Enfin, un noyé peut être accroché par un bateau, être retenu immobile dans la rivière par une cause purement accidentelle, et s'il passe la période de putréfaction gazeuse dans ce lieu et ainsi retenu, alors il pourra rester beaucoup plus de temps dans la rivière, en supposant même que son poids spécifique soit beaucoup moins considérable que celui de l'eau. C'est encore pour nous une question, que celle de savoir si la putréfaction gazeuse *a nécessairement* lieu dans les temps froids? mais nous la regardons comme constante dans les temps chauds.

Il nous reste actuellement à prémunir les médecins légistes contre les erreurs qu'ils pourraient commettre en ne tenant pas compte, dans leur diagnostic, des changements que les cadavres éprouvent à l'air, après leur sortie de l'eau. L'expert comprendra toute l'importance qu'il doit attacher à cette étude, et à quelles méprises l'oubli de ces faits pourrait le conduire. Aussi allons-nous tracer des données qui devront lui servir de guides. Un cadavre est retiré de l'eau en été, son volume n'a rien que d'ordinaire; sa figure est un peu rougeâtre; une plaque verte, limitée à quelques pouces, existe au centre de la poitrine; l'épiderme des mains et des pieds est plissé comme par des cataplasmes; la peau est d'un blanc tirant un peu sur l'opale, et les membres ont perdu la forme inégale que leur donnaient les muscles dans l'état de rigidité. Voyez ce corps après quatre ou cinq heures d'exposition à l'air; la tête a presque doublé de volume; il en est de même de toutes les autres parties. Sa figure est *celle d'un nègre ;* les paupières sont saillantes, tuméfiées; les joues sont arrondies et effacent le nez,

qui n'a pu prêter à une distension aussi considérable à cause de la densité du tissu cellulaire sous-cutané; les lèvres sont volumineuses, écartées l'une de l'autre; la bouche béante; le cou est à peine dessiné; la saillie des mamelles a disparu; la poitrine est uniformément arrondie, les bras sont écartés du corps et placés presque dans l'extension; le ventre est saillant, volumineux; les bourses énormes, le pénis dans l'érection; les cuisses et les jambes sont écartées l'une de l'autre; à la surface de la peau, se dessine le trajet des veines sous-cutanées, au moyen de stries bleuâtres, verdâtres ou brunes; des phlyctènes sont disséminées çà et là à la surface du corps; il suinte de l'angle interne des yeux, des narines, de la bouche, de l'anus, un liquide d'un brun rougeâtre, parsemé de bulles gazeuses; ce liquide s'échappe même par les pores de la peau; quant à cette enveloppe, elle a pris une teinte généralement verdâtre, et plus tard elle offrira une teinte brune. La plaque verte du sternum a persisté ou s'est foncée en brun, et quoique la putréfaction en vert, résultant du contact de l'air, se soit étendue sur les côtés de la poitrine et aux épaules, on voit, par sa couleur foncée, qu'elle a préexisté à ces changements de source atmosphérique. L'état seul des mains et des pieds n'a pas été modifié; aussi avons-nous tiré nos caractères de submersion principalement de ces parties, au moins pour cette époque.

En présentant ce tableau, nous avons choisi la période de séjour dans l'eau qui est plus favorable au développement de ces phénomènes; mais il ne faudrait pas croire qu'il en est ainsi pour toutes les époques de la submersion; nous établirons à ce sujet les données suivantes: Un cadavre qui a séjourné quelques jours dans l'eau subit en général peu de changements par son contact avec l'air pendant l'hiver; le contraire a lieu dans les fortes chaleurs de l'été. —Toute partie d'un cadavre arrivé à l'état de saponification ne s'altère pas sensiblement à l'air. Par conséquent ce n'est pas dans les corps très récemment noyés, et dans ceux qui ont séjourné pendant fort long-temps dans l'eau, que l'on observera ces changements, mais bien chez ceux qui ont depuis huit jours jusqu'à un mois

ou six semaines d'eau ; c'est-à-dire chez ceux qui offrent l'état de putréfaction caractérisée par la production de gaz et le ramollissement des tissus. — Ces changements, nuls en hiver, très nombreux et très rapides en été, seront toujours en raison de la température élevée de l'atmosphère. Mais avec un peu d'habitude de voir des noyés, on en tiendra facilement compte. Observons d'ailleurs, et nous ne saurions trop le répéter, que les caractères de l'époque de la submersion se déduisent non pas tant de l'aspect général du cadavre, que de certaines parties sur lesquelles nous avons fondé les signes distinctifs de nos approximations.

PUTRÉFACTION DANS LES FOSSES D'AISANCES.

L'histoire de la putréfaction dans les fosses d'aisances ne repose pas sur un grand nombre de faits; ceux que l'on possède se rapportent en général à des enfants nouveau-nés. Il est vrai de dire que c'est dans les cas d'infanticide surtout qu'il y a un intérêt très direct à déterminer l'époque de la mort, afin que cettte indication vienne confirmer ou infirmer des soupçons élevés sur une femme inculpée d'infanticide. M. Orfila, aidé de MM. Gerdy et Hennelle, fit d'abord quelques expériences sur l'influence des gaz des fosses d'aisances, et des matières de ces fosses, sur des portions de fœtus; mais cette manière de procéder, tout en pouvant conduire à quelques résultats utiles, était tout-à-fait insuffisante parce que la putréfaction suit une marche différente à l'égard des corps entiers. Plus tard, MM. Orfila et Lesueur ont placé successivement six enfants nouveau-nés dans des matières fécales contenues dans des tonneaux, et ils les ont examinés à diverses époques de leur séjour. C'est avec ces dernières observations que nous allons chercher à esquisser la succession des phénomènes putrides qui s'opèrent dans les fosses d'aisances. Le lecteur comprendra qu'un nombre aussi restreint d'expériences ne saurait donner aux détails qui vont suivre toutes les garanties d'invariabilité que l'on désire dans la narration de faits d'une application pratique aussi journalière; il y a lieu de multiplier ces recherches.

Le premier phénomène qui se produit par le séjour du corps dans la matière liquide et dans la matière solide de la fosse, c'est une coloration opaline de la peau, dont nous avons signalé l'existence sur un homme qui avait été asphyxié pendant une vidange, et dont nous rapporterons l'observation à l'histoire de l'asphyxie par le gaz des fosses. Toutefois cette teinte n'a pas été signalée dès le début de la putréfaction dans les expériences rapportées par MM. Orfila et Lesueur, mais bien une coloration verte ou violacée de la peau, avec taches bleues ou violettes lie de vin, dans quelques points de la surface extérieure du corps. Des gaz se développent dans les cavités et dans le tissu cellulaire; le corps prend un volume plus ou moins considérable, et la surnatation s'opère soit partiellement, soit en totalité. L'épiderme se détache, à la face, sur le tronc, après avoir blanchi et s'être plissé aux pieds et aux mains, comme cela a généralement lieu toutes les fois qu'un cadavre est placé dans un milieu humide. La succession de ces phénomènes s'opère en neuf jours en été et à une température de 16 à 22 degrés.

Vers le dixième jour le cadavre entier est de couleur pâle tirant légèrement sur l'olive très clair. L'épiderme existe encore généralement; les ongles sont encore adhérents; le tissu cellulaire sous-cutané a conservé son aspect; les muscles sont très pâles. Les poumons sont emphysémateux, la membrane muqueuse laryngienne trachéale et bronchique est de couleur olivâtre. Celle de la bouche a une teinte ardoisée. Le foie présente la même couleur, surtout supérieurement.

A une époque plus avancée et vers *le vingtième jour* environ, la couleur du cadavre offre des nuances variées de blanc, de vert et de bleu; çà et là il présente des marbrures. (Nous pensons que ces colorations diverses tiennent à ce que le corps qui fournit les documents de cette description a surnagé les matières, car dans un assez grand nombre d'ouvertures d'enfants tirés des fosses d'aisanbes, de l'examen desquels nous avons été chargé par la justice, nous avons toujours été frappé de l'uniformité assez constante de coloration et de l'aspect opalin de la peau reposant sur une teinte verte ou grisâtre.) L'épi-

derme est soulevé et plissé à la plante des pieds et à la paume des mains. Il existe partout, il s'enlève facilement sur les parties qui se trouvaient hors du liquide ; il adhère fortement à celles qui plongent dans la matière. Les ongles sont encore adhérents. Le derme est diversement coloré en rouge ocracé, en vert d'herbe, en gris ou gris verdâtre. Le tissu cellulaire sous-cutané est d'un jaune safrané ; il est rempli de gaz et d'un liquide sanguinolent dans certains points. Les muscles de l'abdomen ont verdi. Les yeux sont saillants ; les oreilles et les lèvres sont ramollies, ces dernières vertes. Le cerveau et le cervelet sont en bouillie ; les poumons très emphysémateux ; la membrane muqueuse digestive et les parois du tube intestinal sont d'une couleur lie de vin plus ou moins prononcée. Le foie d'une couleur bleue foncée à l'extérieur.

Vers le trentième jour. Teinte générale d'un gris rosé sale ; épiderme blanc et soulevé dans un grand nombre de points, se détachant très facilement. Les ongles encore adhérents, mais faciles à arracher ainsi que les cheveux. Peau généralement rougeâtre et parsemée de taches ardoisées. Sérosité sanguinolente dans le tissu cellulaire. Ramollissement des muscles. Cartilages violets et un peu ramollis. Des gaz accumulés entre le cerveau et les membranes. Trachée-artère d'un gris verdâtre ; poumons très emphysémateux, généralement rougeâtres et très ramollis, prêts à tomber en putrilage.

Vers le quarantième jour corrosions de la peau et granulations blanchâtres de sous-phosphate de chaux ; parfois éventration et destruction de la peau, sous l'influence de la putréfaction et des vers (asticots) qu'elle développe. Tissu cellulaire ressemblant à de la gelée de groseilles rouges dans quelques points. Ramollissement de tous les organes. Paupières et globes oculaires en partie détruits. Les canaux cartilagineux de la trachée et les cartilages du larynx ramollis et déformés. Les poumons tellement ramollis et emphysémateux, qu'on n'aperçoit plus dans leur tissu que des grosses bulles gazeuses. (C'est un phénomène fort remarquable que cet état emphysémateux du tissu pulmonaire dans ces sortes de cas ; il est tellement prononcé, que dans plusieurs expertises judiciaires il

nous a été impossible de procéder à la moindre expérience de docimasie hydrostatique, et qu'il a fallu renoncer à toute indication relative à l'existence ou à l'absence de la respiration.)

Vers le cinquante-cinquième jour. Epiderme presque entièrement détaché, ainsi que les ongles. La peau offant les colorations blanc grisâtre, rouge ocracé, vert bleuâtre, gris bleuâtre. Plusieurs portions de peau détruites notamment à la face, aux parois abdominales, aux mains. Granulation de sous-phosphate de chaux sur un grand nombre de points de la région antérieure du corps. Aspect gelée de groseilles du tissu cellulaire. Le muscles plus ou moins détruits à la face et sur les régions antérieures du tronc. Les os à nu à la face; saponification des parties molles qui y adhèrent encore dans certains points. Le cerveau en bouillie. Poumons de plus en plus emphysémateux. Conservation partielle mais avec amincissement des organes digestifs. Diminution de volume du foie. Un nombre considérable de gros vers (asticots) dans la cavité abdominale.

Tout en regardant ces données comme propres à éclairer sur les phénomènes de la putréfaction qui s'opère dans les fosses d'aisances, nous craignons cependant qu'elles ne présentent pas le tableau fidèle de ce qui se passe lorsqu'une mère vient à jeter son enfant dans un pareil milieu, peu de temps après l'accouchement, et surtout avant que la putréfaction se soit développée. Dans trois des expériences précédentes, déjà il existait chez les enfants un commencement de putréfaction s'annonçant par une teinte verte de la peau. Ce qui me fait faire cette réflexion, c'est que je suis frappé du développement considérable de la putréfaction gazeuse, dans les premiers temps du développement de la putréfaction, phénomènes suivis d'une fonte putride plus ou moins marquée. Or, d'après les expertises judiciaires que j'ai faites, je serais porté à regarder les matières fécales comme constituant un des milieux les plus propres au développement de la saponification; et dans les expériences de MM. Orfila et Lesueur, la saponification ne joue qu'un rôle fort secondaire. Il y a plus, la transformation en gras de cadavre est généralement si ra-

pide, qu'elle induit en erreur beaucoup de médecins qui sont portés à assigner à la mort une date beaucoup plus ancienne qu'elle ne l'est réellement. Il reste donc encore beaucoup à faire pour éclairer ce point d'observation, car les phénomènes que nous avons indiqués pour chaque époque ne reposent que sur l'examen d'un seul fait.

PUTRÉFACTION DANS LE FUMIER.

Les corps de cinq enfants ont été placés dans le fumier par MM. Orfila et Lesueur. Nous extrayons des observations rapportées dans leur *Traité sur les exhumations juridiques* le tableau suivant : *Au sixième* jour, aucun changement, excepté un léger plissement de l'épiderme aux pieds.

Au quatorzième jour, l'épiderme commence à se détacher par le grattage de la peau avec un scalpel; il est très blanchi et plissé aux mains et aux pieds; la peau a une teinte généralement plus verdâtre.

Au vingt-troisième jour, enduit jaune d'ocre de la consistance de la pommade sur la peau ; çà et là des moisissures d'un blanc grisâtre ou d'un blanc d'albâtre ; peau d'un rose clair sous l'épiderme enlevé ; traits de la face méconnaissables ; chute facile des cheveux par traction ; quelques vers dans la bouche.

Au trente-cinquième jour, teinte *jaune abricot clair* de la peau ; épiderme existant encore, mais se détachant facilement ; même enduit graisseux avec moisissures ; ongles et cheveux adhérents ; aspect chair de poule du derme mis à nu par l'enlèvement de l'épiderme ; tissu cellulaire sous-cutané généralement dur et jaune ; muscles pour la plupart à l'état normal ; tendons, ligaments, cartilages d'un gris jaunâtre ; dépression de toutes les parties saillantes de la face ; cerveau ramolli, le larynx et la trachée-artère d'un rouge violet ; les poumons, crépitants, sans apparence d'emphysème et de couleur naturelle ; estomac et intestins d'un rouge livide clair ; le foie très ramolli.

Au cinquante-troisième jour, une grande quantité de vers à la surface du corps ; surface diversement colorée ; enduit jau-

nâtre abondant; moisissures blanches en grande quantité; l'épiderme se détache en enlevant le fumier qui adhère au corps: partout il est blanc; enduit analogue à un onguent à la surface du corps; ramollissement de la peau; ongles détachés; cheveux à peine adhérents; tissu cellulaire sous-cutané saponifié; muscles d'un rouge foncé et ramollis; couleur rosée ou rouge des aponévroses, des tendons, des ligaments, des cartilages et des os; parties molles de la face partiellement détruites : ce qui reste est à l'état de gras de cadavre; os maxillaire inférieur désarticulé; dents tombées dans la bouche; crâne dénudé; cerveau transformé en une bouillie rose sale; granulations calcaires dans le larynx et la trachée; poumons très emphysémateux; estomac d'un vert foncé, virant à la couleur d'ardoise; canal intestinal jaunâtre, d'une couleur ardoise au voisinage du foie, ramollissement de ses parois; foie d'un vert ardoisé, ramolli.

Au soixante-dix-neuvième jour, teinte généralement plus foncée du corps; épiderme détaché en plusieurs points, la peau s'en dépouillant au moindre frottement; enduit poisseux à sa surface, servant à agglutiner les membres au tronc; consistance encore assez prononcée du derme; sur certains points du tronc, et particulièrement à l'abdomen et sur les parties antérieures et latérales de la poitrine, granulations nombreuses, comme sablonneuses, sortes d'incrustations calcaires dures, réunies en quelques points par petites plaques de couleur blanche, mais diversement colorées suivant l'enduit dont elles sont recouvertes; muscles plus pâles et moins consistants, infiltrés au tronc de sérosité sanguinolente, plus lubrifiés et plus humides au dos; toutes les parties molles de la face encore conservées; le cerveau un peu ramolli, les poumons emphysémateux; estomac et intestins se rapprochant de la couleur lie de vin, le premier organe plus foncé en couleur que les autres; foie très ramolli; point de vers sur le cadavre.

Dans une expérience faite avec le corps d'un enfant nouveau-né, placé pendant l'été dans du fumier dont la température s'élevait à 45 degrés, tandis que le thermomètre était, à l'air, à 26, il a suffi de *vingt-quatre heures* de séjour du corps dans

ce milieu pour amener les désordres suivants : épiderme détaché dans quelques points, et s'enlevant avec facilité dans les autres ; la peau comme cuite, et facile à déchirer ainsi que les muscles ; *vingt-quatre heures après*, la putréfaction avait fait de tels progrès qu'on ne pouvait enlever le corps que par morceaux ; les os, même ceux du crâne, étaient disjoints et laissaient le cerveau à nu ; la consistance de la chair était celle de la viande cuite et ramollie, si ce n'est qu'elle était un peu fétide ; on ne découvrait plus que des débris d'organes.

Une expérience analogue répétée sur un enfant de six jours amena un pareil résultat.

On voit par ces faits succincts combien le fumier hâte la putréfaction ; il peut, lorsque par le fait de la fermentation qui s'y opère la température prend un grand accroissement, donner lieu à des phénomènes remarquables de combustion sur l'homme vivant. Nous en rapporterons un exemple à l'article COMBUSTIONS HUMAINES SPONTANÉES.

CHAPITRE VI.

DES ALTÉRATIONS CADAVÉRIQUES QUE L'ON POURRAIT CONFONDRE AVEC DES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES.

Lorsque nous avons fourni les moyens de déterminer l'époque de la mort, page 140, nous nous sommes attaché à établir des distinctions entre les phénomènes qui accompagnent ou suivent de près le moment de la mort, et les lésions faites pendant la vie. Il ne s'agissait le plus ordinairement que de constater un décès récent, et par conséquent il ne devait être question que d'altérations cadavériques récentes ; mais actuellement que nous aurons à retracer la marche à suivre dans les ouvertures de corps en général, nous fournissons dès à présent l'ensemble des documents nécessaires à l'interprétation des faits qui peuvent s'y rattacher, et par conséquent qui datent d'une époque plus ou moins éloignée du moment de la mort. Nous allons passer successivement en revue les principaux phénomènes de la putréfaction qui peuvent avoir de l'analogie avec des altérations morbides.

1° *Des colorations de tissus ou d'organes. — Ecchymoses cadavériques.* — La teinte violacée de la peau, par le fait de la putréfaction, est la seule coloration qui puisse en imposer aux médecins. Elle simule alors l'aspect d'une contusion, et fréquemment en effet elle a été l'objet de méprises de ce genre. Le rapport suivant en est un exemple :

Soupçons d'assassinat.

Obs. XLVII. — Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes transportés quai du Beau-Grenelle, barrière de la Cunette, n° 5, chez le sieur S..., accompagnés de M. B... de la S..., substitut de M. le procureur du roi, et de M. L..., juge d'instruction, à l'effet de procéder *à l'examen* et *à l'autopsie du corps d'un jeune homme* que l'on suppose être le sieur C..., élève de l'école d'Alfort, retiré de la Seine le 5 courant, et *de déterminer la nature et la gravité des blessures remarquées sur le cadavre de C...; s'il a existé des traces indiquant que l'on a bâil-*

lonné le sieur C...? si de l'état de l'estomac et des intestins, il résulte que ce dernier fût en état d'ivresse au moment de la mo t? quelle est l'époque de la submersion? si C... était vivant au moment de son immersion dans l'eau? la date des blessures et des contusions? l'époque et les causes de la mo t? la nature et la gravité des taches remarquées sur la chemise, le gilet et le faux-col dont C... était couvert.

On nous a d'abord donné communication d'un rapport de M. le docteur M..., qui avait été appelé par M. le commissaire de police de Vaugirard, pour assister à la levée du corps; pour procéder à son inspection extérieure; pour rechercher s'il existait des traces de blessures, et si la mort était due à l'asphyxie par submersion, ou si elle n'aurait pas précédé l'immersion dans l'eau? Le docteur M... a reconnu : 1° *Une contusion étendue de la racine du nez au front et aux yeux.* 2° *Une seconde contusion sur la bosse pariétale droite, de deux pouces de diamètre.* 3° *Une ecchymose de quatre à cinq pouces sur la partie antérieure du thorax.* 4° *Quatre ecchymoses sur la partie postérieure et supérieure du thorax.* 5° *Une contusion à l'extrémité du cou et sous le menton.* 6° *Une contusion de deux pouces de diamètre à la partie externe et supérieure de la cuisse droite.* Il a cru devoir conclure de ses observations : 1° que les blessures qui existaient à l'extérieur du corps ont été faites par un corps contondant et avant la mort; 2° que C... était vivant au moment de son immersion dans l'eau; que toutefois l'autopsie cadavérique pouvait seule faire connaître si les blessures avaient été capables de déterminer la mort avant la submersion; 3° que le corps avait été de dix à douze jours dans l'eau.

On a mis sous nos yeux les vêtements de ce jeune homme; on observe sur l'habit un trou ou déchirure à la partie supérieure de la manche gauche, qui paraît plutôt le résultat de l'action d'un crochet de marinier que de celle d'un instrument tranchant; le cadavre, au surplus, ne nous a pas offert de lésion qui correspondît à cette déchirure. Le faux-col, la chemise, le devant de ce vêtement, et les doublures d'un gilet bleu doublé d'un étoffe grise, sont remplis de taches rougeâtres, couleur de rouille, disposées régulièrement, de manière à dessiner les anneaux et la direction d'une chaîne de fer ou d'acier que C... aurait portée dans l'eau, chaîne placée de manière à suspendre ou une montre ou un lorgnon; de semblables taches disposées sous la forme d'un carré allongé, dessinent exactement la boucle des bretelles; ce dont nous nous sommes assurés en appliquant ces boucles sur les taches.

Procédant alors à l'examen du cadavre, nous avons remarqué la face bouffie, d'une teinte rouge brunâtre; yeux saillants; état emphysémateux du tissu cellulaire sous-cutané; une plaque verte, de six pouces de diamètre. à la peau qui tapisse la partie supérieure de la poitrine; l'épiderme des mains et des pieds, épais, blanc, et plissé comme par des cataplasmes, mais encore adhérent, ainsi que les ongles; *une plaque brunâtre de deux pouces de largeur à la partie externe de la cuisse gauche; le tissu cellulaire sous-cutané injecté de sang en partie liquide, en partie coagulé.*

Une incision cruciale de deux pouces de longueur a été pratiquée au front par le docteur M... Il nous est impossible de déclarer s'il existait une ecchymose dans ce point, la section en ayant pu faire disparaître les traces : *mais tout le tissu cellulaire qui tapisse les paupières, le pourtour des yeux et la racine du nez est le siége d'une infiltration de sang presque entièrement coagulé, qui ne laisse pas de doute sur une*

contusion dans ces points; l'infiltration sanguine s'arrête au tissu cellulaire profond des orbites; le nez, la bouche et les autres parties de la face, ne présentent pas de traces de violences, de blessures ou d'hémorrhagie qui aient eu lieu dans ces diverses parties; ce qui ne prouve pas qu'un écoulement de sang n'a pas pu s'effectuer par ces ouvertures naturelles, car la putréfaction et le séjour dans l'eau en auraient certainement fait disparaître les indices.

Il n'existe pas de fractures aux divers os du crâne et de la face; les membranes du cerveau sont gorgées de sang; le cerveau est d'un blanc verdâtre; ses cavités renferment une quantité notable d'un liquide brunâtre, sans aspect sanguinolent; on n'y trouve pas de déchirure ou d'épanchement sanguin.

Le cœur est très volumineux; les parois de ses cavités sont distendues à gauche par des gaz seulement, à droite par des gaz et par du sang; le larynx, la trachée artère et ses divisions sont d'un rouge brun à leur intérieur; on trouve dans le larynx et la partie supérieure de la trachée, *une foule de petits corpuscules miliaires d'un blanc jaunâtre, se divisant sous les doigts, et qui ont de l'analogie avec de la graisse; ils peuvent être comparés, par l'aspect, à des grains de semoule.*

A la partie supérieure de la trachée, existent trois petits corps arrondis, noirs, durs, résistants, qui ont tous les caractères de grains de sable; le plus gros égale presque le volume d'une petite lentille; à sa partie inférieure, on trouve près de deux cuillerées d'un liquide assez limpide, rouge-brunâtre. Les poumons sont très volumineux, adhérents, gorgés de sang dans toute leur étendue, et emphysémateux.

Dans l'estomac, existent dix ou douze cuillerées à bouche d'une matière noirâtre, assez épaisse, dans laquelle dominent les petits corps miliaires que nous avons retrouvés dans la trachée; on observe, de plus, des haricots, des morceaux de viande de charcuterie, une substance gélatineuse d'un rouge vif, qui a quelque analogie avec la gelée d'entremets. Mais toutes ces matières ne donnent pas l'odeur vineuse ou alcoolique. Mis dans l'eau, les petits corps d'apparence graisseuse, ainsi que ceux de la trachée, surnagent, et les aliments vont au fond du liquide; le canal intestinal offre, du reste, le commencement de la rougeur cadavérique qui accompagne la putréfaction; le foie est sain, gorgé de sang; les organes de l'abdomen sont en général unis entre eux par des adhérences celluleuses, amincies, qui n'ont pas acquis assez d'épaisseur pour modifier l'aspect de ces organes. De larges incisions pratiquées dans l'épaisseur des membres ne font pas reconnaître de traces de lésions profondes.

D'où nous concluons :

1° Que le cadavre de C..... a séjourné dans l'eau pendant trois semaines environ.

2° Qu'il présente les traces de deux contusions *seulement* (le premier médecin en avait reconnu *neuf*), l'une aux yeux, l'autre à la cuisse gauche.

3° Qu'il est impossible de déterminer si la coloration du front est un phénomène cadavérique ou si elle caractérise une contusion, parce qu'une incision profonde a été pratiquée sur cette partie par le docteur M..., et qu'elle à donné issue aux liquides qui existaient dans le tissu cellulaire.

4° Qu'il n'existe pas d'indices qu'un bâillonnement ait été opéré pendant la vie et au moment de l'immersion dans l'eau.

5° Que la putréfaction survenue pendant le séjour du cadavre dans l'eau, ayant été portée assez loin pour faire disparaître les *signes de la*

submersion pendant la vie, il nous est impossible de dire si l'individu était vivant au moment de son immersion.

6° Que les blessures observées seraient suffisantes pour expliquer la mort, dans la supposition où il serait résulté des coups portés, une forte commotion du cerveau qui peut ne pas laisser, après la mort, des traces de son existence.

7° Que ces blessures peuvent remonter à l'époque de la disparition de C..... (11 février 1854).

8° Que rien n'indique que C..... ait été dans l'ivresse au moment de la submersion; rien non plus ne donne la preuve du contraire. Une circonstance même viendrait à l'appui de l'affirmative, c'est la quantité d'aliments de nature diverse que nous avons trouvée dans l'estomac.

9° Qu'il y a tout lieu de croire que les taches observées sur le faux-col, la chemise et le gilet sont des taches de rouille provenant d'une chaîne de cou, en acier, et d'un paquet de clefs que C.... *a conservés* dans l'eau.

D'après les données de l'instruction, ce jeune homme portait ordinairement sur lui une montre de prix. On soupçonnait qu'elle avait pu être volée par les bateliers qui avaient retiré le corps de l'eau.

(Voir pour l'analyse des taches l'*Histoire des taches de sang et de rouille*, t. III.)

Il y a une telle analogie entre les colorations cadavériques et les contusions, qu'à moins d'avoir une grande habitude on commet presque toujours une erreur. La section de la partie colorée peut seule lever les doutes à cet égard. Ce sont elles qui constituent les apparences de ce que l'on a désigné sous le nom d'*ecchymoses cadavériques*. Sous la peau violacée existe du tissu cellulaire d'un rouge foncé, dont la couleur se continue au-delà des limites de la coloration de la peau, et qui se perd insensiblement en diminuant d'intensité. Ce tissu cellulaire est imprégné d'un liquide d'un rouge brunâtre mêlé de graisse diffluente. Il est encore infiltré de gaz, qui le font crier sous le scalpel, et quand on le comprime, on exprime de ses vacuoles beaucoup de gaz et peu de liquide. Quand au contraire il y a eu ecchymose pendant la vie, les caractères de cette altération se conservent même alors que la putréfaction est déjà avancée. La partie ecchymosée peut dans quelques cas être le siége d'une production gazeuse, mais elle est toujours moindre; il paraît que la présence du sang qui remplit les aréoles du tissu cellulaire tend à s'opposer à son développement. Le sang, en partie coagulé, en partie liquide, y séjourne long-temps sans s'altérer; et nous avons observé qu'il s'y conserve d'autant mieux, que la

coagulation a été plus complète au moment de l'infiltration. Peu à peu il devient plus fluide, par les progrès de la putréfaction, et il arrive un moment où la fluidité est tellement grande, que le sang altéré est chassé par les gaz putrides dans le tissu cellulaire ambiant, *ce qui peut faire croire à une contusion beaucoup plus étendue qu'elle ne l'avait été réellement*. Enfin, à une époque plus avancée, il n'est plus possible de distinguer les contusions, des phénomènes cadavériques. Le diagnostic est donc en général d'autant plus difficile, 1° que la putréfaction est plus avancée; 2° que la contusion est moins étendue; 3° que la quantité de sang infiltrée est moins considérable.

De ce qui précède il résulte qu'un médecin ne doit jamais affirmer l'existence d'une contusion, lorsque le corps est dans un état avancé de putréfaction, avant d'avoir incisé la partie supposée contuse.

Ce que je viens de dire de la coloration de la peau comme source d'erreur, est plus ou moins applicable à tous les tissus de l'économie. Le tissu cellulaire sous-cutané peut se colorer comme la peau; il ne présente jamais une teinte violacée aussi intense, mais bien une rougeur plus ou moins foncée, se rapprochant de la couleur lie de vin, il est rare que ce tissu offre une *rougeur partielle* développée sous l'influence de la putréfaction, sans que le point correspondant de la peau ne soit coloré de la même manière; c'est donc un moyen de distinguer ce genre d'altération. Il est d'observation que toute partie qui a été le siége d'une phlegmasie se putréfie beaucoup plus vite qu'une partie saine; si donc un point quelconque du tissu cellulaire était le siége d'une coloration de ce genre, on pourrait, en thèse générale, en tirer des présomptions sur l'existence d'une phlegmasie.

Il est un genre de phénomène morbide susceptible d'être confondu avec une altération cadavérique, je veux parler des effets que produisent dans certains points du tissu cellulaire et des muscles certaines altérations du sang. Le fait suivant en est un exemple remarquable; la délimitation tranchée entre la partie malade et la partie saine constitue un des moyens les plus

propres à éviter toute erreur à cet égard, car les phénomènes putrides ne sont jamais nettement limités.

Cas remarquable de mort. — Altération du sang pendant la vie.

Obs. XLVIII. — Une jeune fille de dix-sept ans, adonnée à la débauche, a passé la nuit du dimanche et du lundi, 20 et 21 janvier 1839, au bal et à ses suites ; elle était malade les mardi, mercredi, jeudi. Ce dernier jour, elle avait de la peine à se traîner chez sa voisine pour lui demander un peu de vin sucré ; elle rentre se coucher avec une femme de quarante et quelques années, et jusqu'au samedi on n'entend plus parler ni de l'une ni de l'autre.

Le samedi on pénètre dans la chambre ; on découvre d'abord dans le lit le corps de la femme en pleine putréfaction, vert, tuméfié, boursouflé, de l'écume à la bouche. Contre le dos de ce cadavre, était appuyée la jeune fille *encore vivante*, mais sans connaissance ; elle présentait à l'épaule gauche et à la fesse droite, dans les points de contact avec le cadavre, deux surfaces comme ecchymosées, se rapprochant de l'aspect du scorbut, surfaces d'un pouce à un pouce et demi de diamètre chacune, et environnées d'une auréole d'un blanc mat d'un demi-pouce de largeur. On transporte la jeune fille à l'hôpital de la Charité, où elle succombe au bout de vingt-quatre heures.

Quant à la femme, on trouve à l'autopsie les traces évidentes d'une congestion pulmonaire très forte, avec écume sanguinolente dans la trachée, mais déjà vacuité des cavités du cœur par le développement de gaz dans cet organe.

Le surlendemain, nous ouvrons, MM. Ollivier, Boniface et moi, le corps de la jeune fille et nous trouvons :

Décoloration partielle des taches de l'épaule gauche et de la fesse ; ces taches sont rosées ; même auréole blanche autour. Incisées, coloration rose gris et blafard de toute la peau et du tissu cellulaire, dans une profondeur d'un pouce sur deux pouces et demi de largeur, et présentant à la section de la peau une forme hémisphérique ; le tissu graisseux paraît avoir acquis plus de densité et aussi une sorte de gonflement. — Même disposition à la fesse droite, seulement la profondeur est plus grande ; elle égale près de deux pouces et la largeur est de trois à quatre pouces.

Organes. — Vaisseaux de la pie-mère très gorgés de sang ; substance cérébrale très sablée, comme dans la congestion ; un peu de sérosité dans les ventricules.

Poumon droit fort congestionné en arrière, moins crépitant et offrant un commencement de pneumonie ; quelques petites ecchymoses, ainsi que dans le foie.

Cavités droites du cœur remplies d'un sang *demi-fluide, demi-coagulé, grumeleux.*

Estomac contracté, très rouge, avec peu de liquide ; glandes de Peyer très engorgées au voisinage du cœcum, et quelques unes ulcérées comme dans la fièvre typhoïde.

On voit ici une jeune fille tombant malade après un excès de débauche. La maladie est accompagnée de torpeur et d'une certaine congestion cérébrale. Les facultés intellectuelles et la débilité générale sont telles après quatre jours, qu'elle ne peut se déplacer du contact d'un cadavre en putréfaction ; la maladie putride fait des progrès, et la mort survient évidemment avec des traces d'altération du sang.

Quant à la femme, elle faisait des ménages, et ne vivait que de privations; déjà elle avait eu des menaces de congestion; on avait été obligé de la saigner. Elle a succombé à la congestion pulmonaire, mais on ne saurait se rendre compte de la putréfaction si rapide dans un moment où les corps se conservent si bien, sans admettre aussi chez elle une altération de fluides.

On s'est demandé s'il n'y avait pas eu empoisonnement, mais il n'en existait aucun indice, à part quelques matières vomies; ou bien si la mort n'avait pas été le résultat d'une asphyxie par le charbon, mais du feu n'avait pas été allumé dans le poêle, et il y avait encore des morceaux de papier non brûlés; on ne trouvait dans un petit fourneau que quelques restes de cendres, et sur le fourneau était un vase destiné à chauffer de l'eau.

La putréfaction ne paraît pas pouvoir développer d'ecchymoses dans les membranes muqueuses. M. Orfila ne les a jamais rencontrées, et j'ai fait la même observation dans les cadavres nombreux que j'ai ouverts. Mais ces membranes peuvent offrir toutes les nuances possibles de *colorations* sous l'influence de la putréfaction. La plus commune est la teinte rouge foncée. Elle accompagne constamment la putréfaction gazeuse, et elle peut simuler les phlegmasies les plus intenses. Déjà nous avons appelé l'attention sur elle dans les diverses observations de noyés que nous venons de rapporter; elle peut se rencontrer dans toute l'étendue de la trachée-artère et des bronches; du pharynx, de l'œsophage et du canal intestinal; des cavités du cœur, et de tous les vaisseaux veineux ou artériels. Elle peut aussi masquer un état inflammatoire réel et faire ainsi disparaître les altérations morbides développées sous l'influence d'une substance vénéneuse, caustique ou irritante. Son caractère principal se déduit surtout de son uniformité, et tandis que les états arborisés, striés, piquetés et tachetés, signalés par les auteurs modernes, et décrits avec tant de soin par MM. Billard, Lallemand, Rigaud et Trousseau, constituent le cachet anatomique de l'inflammation, ici, au contraire, la rougeur paraît être une véritable teinture. Elle est en effet le résultat d'une imbibition des tissus par du sang altéré, qui, poussé par les gaz développés dans tous les vaisseaux, a traversé leurs parois, pour se répandre dans les mailles du tissu cellulaire et des membranes. Mais par cela même aussi la coloration peut se présenter sous la forme d'arborisations; c'est le cas où on l'observe au début de la produc-

tion de gaz dans les vaisseaux, c'est-à-dire où le sang altéré commence à transsuder à travers leurs parois. Mais il existe encore une différence notable entre ces deux états. Dans l'arborisation inflammatoire, les filets rouges qui la constituent sont nets, bien dessinés, ténus et déliés. Si on les examine à la loupe, on voit une membrane blanche qui forme leurs interstices. Dans la putréfaction, au contraire, les arborisations sont formées par des trajets en général larges, moins franchement dessinés, et se confondant bientôt les uns avec les autres, alors que l'on approche des subdivisions vasculaires. Ce n'est plus *le rouge vif* inflammatoire, mais un rouge qui se rapproche de celui de la lie de vin.

Enfin, la rougeur des membranes, par suite de la putréfaction, présente un caractère sur lequel les auteurs ne me semblent pas avoir assez insisté. Dans la phlegmasie d'une membrane muqueuse ou séreuse, la rougeur est presque toujours bornée à la membrane enflammée; ainsi, dans la péritonite, on distingue très facilement la coloration rouge du péritoine qui tapisse les intestins, d'avec celle de la membrane muqueuse dans l'entérite; et le diagnostic de ces deux affections est très tranché quand il repose sur des caractères anatomiques. Dans la rougeur putride, c'est la totalité de l'épaisseur de l'intestin qui est colorée, ce sont les trois tuniques; au moins c'est ce qui a lieu le plus souvent.

Je viens de chercher à tracer les différences principales qui peuvent exister entre la coloration des tissus par ces deux causes. Peut-être ai-je un peu forcé le tableau pour rendre les objets plus saillants; aussi je me hâte de dire que l'on pourra souvent trouver des cas qui laisseront l'expert dans le doute. Dans ces circonstances, le médecin légiste, pour porter un diagnostic rationnel, devra avoir égard à l'état de plénitude ou de vacuité du cœur et des vaisseaux; à l'état emphysémateux des tissus qu'il examine; au temps écoulé depuis la mort; à la nature et à l'étendue des phénomènes putrides qui se seront développés, et au milieu dans lequel le cadavre aura séjourné.

Coloration en rouge du tissu musculaire. — Cette altération,

qui consiste dans une couleur rouge vif, accompagne un état de putréfaction tellement avancé chez les noyés et chez les individus inhumés dans les divers terrains, qu'il ne peut pas devenir la source d'une méprise.

Coloration des vaisseaux. — *Voyez* page 215.

Coloration en rouge des os. — État que nous avons décrit, page 227.

Du ramollissement. — Un second effet de la putréfaction qui pourrait devenir la source de quelque erreur, c'est le *ramollissement du tissu et des organes*. Ce phénomène est constant à une certaine époque de la putréfaction. Le ramollissement vital est une conséquence de l'inflammation, soit aiguë, soit chronique; il peut se rencontrer dans tous les organes; mais il est plus commun dans le cerveau, la rate et la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les considérations suivantes serviront à le distinguer du ramollissement putride. 1° Le ramollissement vital est rarement général; il est presque toujours *limité* chez l'adulte à une étendue assez restreinte; dans la putréfaction, au contraire, il envahit la totalité d'un organe ou plusieurs organes à la fois et fait subir à leur tissu une diminution de cohésion, qui est en raison de la densité des diverses parties qui constituent l'organe lui-même. Ainsi, dans l'état normal, et pour la masse encéphalique, le cerveau est moins dense que la protubérance annulaire; le cervelet moins dense que le cerveau, et la moelle moins dense que le cervelet. La même cause agissant à la fois sur tous ces points, produit un ramollissement plus manifeste sur les parties déjà très molles elles-mêmes, et moins prononcé sur des parties plus denses, parce qu'une substance de peu de densité acquiert bien vite l'état fluide; mais tous les points de la masse encéphalique *n'en sont pas moins ramollis* au même degré relativement à leur densité. M. Louis admet la possibilité de ce ramollissement général chez l'adulte pendant la vie; mais les exemples cités sont très rares. Billard regarde au contraire le ramollissement vital de la masse encéphalique comme très commun, lorsqu'il s'agira d'un enfant; il faudra donc, dans ces sortes de cas, employer la plus grande circonspection dans son

diagnostic. Cette circonstance de la généralité du ramollissement devient, dans la plupart des cas, l'indice le plus puissant de sa cause. 2° Lorsqu'une phlegmasie aiguë amène un ramollissement, la substance de l'organe est ordinairement infiltrée de pus, et, autour de la partie ramollie existe un travail inflammatoire. Rien de semblable ne se fait remarquer quand la putréfaction a été la source de cette altération.

Il est un ramollissement du cerveau avec production gazeuse dans ses membranes, dont j'ai le premier signalé les effets, et qui peut devenir la source d'erreurs. La distension de l'arachnoïde et de la pie-mère amène la rupture de ces membranes; la matière cérébrale s'introduit à travers quelque ouverture de la dure-mère, dans le golfe de la veine jugulaire, dans une des veines jugulaires, et descend jusque dans la veine sous-clavière, sous la forme d'une matière pultacée, au point de simuler une véritable phlogose. Nous avons rencontré ce phénomène plusieurs fois chez les noyés.

Les données précédentes ne sont guère applicables aux poumons, à la rate, au foie et au cœur. Pour les poumons, il est difficile de confondre le ramollissement putride avec le ramollissement inflammatoire. Celui-ci est la conséquence de l'hépatisation rouge ou grise. Or, de ces deux états, le premier seul pourrait être confondu avec l'engouement cadavérique; mais pour peu que l'on ait ouvert des cadavres putréfiés, on ne commettra jamais une pareille erreur. Il n'y a pas d'analogie entre le tissu mollasse imprégné de fluides, se laissant déchirer et tirer dans tous les sens, au milieu duquel existe un liquide séro-sanguinolent, brunâtre, putréfié, diffluent, d'une odeur infecte, et le tissu hépatisé, ramolli, homogène, induré dans certains points, offrant encore de l'analogie avec la consistance du foie. Nous ne prétendons pas dire pour cela que l'hépatisation pulmonaire puisse être reconnue, quel que soit l'état avancé de la putréfaction du cadavre : loin de nous cette pensée; car il arrive un moment où toutes les traces d'altérations sont détruites; mais nous croyons que dans les premières semaines de la putréfaction il sera presque toujours possible de ne pas faire de méprise, et M. Orfila a même étendu à plusieurs mois l'époque

à laquelle il est encore possible d'obtenir ce résultat. *Voyez* page 189.

Quant à la rate, elle peut devenir la source fréquente d'erreurs. C'est un des organes qui se ramollissent le plus facilement par la putréfaction. Hors le cas où tous les autres organes de l'économie seront sains, tandis que la rate sera ramollie, il n'est plus possible de rien préciser à ce sujet. Nous en dirons autant du cœur et du foie. Quand le ramollissement du cœur est accompagné d'une décoloration de tissu, ou d'une teinte jaunâtre, analogue à celle des feuilles mortes les plus pâles, c'est une preuve qu'il est vital; mais quand il coïncide avec une coloration de la membrane interne et du tissu du cœur, il y a doute. Cette observation est aussi applicable au foie. Quand la rougeur du tissu s'est jointe au ramollissement par le fait de la putréfaction, il est impossible de distinguer l'origine des deux phénomènes.

Il est des ramollissements décrits avec soin par Chaussier et MM. Cruveilhier et Carswell, sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention. M. Cruveilhier distingue le ramollissement en gélatiniforme et en pultacé; il assigne à chacun d'eux les caractères suivants : le ramollissement gélatiniforme a presque toujours lieu chez les enfants ; il occupe le plus souvent l'extrémité splénique de l'estomac ; mais il s'observe aussi à la paroi antérieure de l'estomac près du cardia, à l'œsophage, dans l'intestin grêle et dans le gros intestin ; il envahit non seulement la membrane muqueuse, mais encore la tunique albuginée et musculaire ; il amène un épaississement considérable de ces membranes, et quadruple quelquefois leur épaisseur ; il peut être encore accompagné d'une perforation. Le ramollissement pultacé s'observe chez les adultes, à la suite de toutes les maladies aiguës et chroniques. Il occupe toujours la grosse extrémité de l'estomac ; le bord libre des replis de la membrane muqueuse est détruit, et l'estomac quelquefois bariolé de bandes blanches qui toutes correspondent à ces replis. La membrane albuginée résiste d'ordinaire ; la tunique muqueuse seule est convertie en une pulpe brunâtre ; les parois des viscères ne sont pas épaissies ; on n'y a jamais observé de perforation bien

prononcée. (Extrait d'une note inédite, insérée dans le *Traité des exhumations juridiques* de M. Orfila.)

M. Carswell établit que dans le ramollissement *pathologique*, la membrane muqueuse est souvent rouge; et qu'elle soit rouge ou blanche, toujours elle est plus ou moins opaque et ressemble à de la crème épaisse, mêlée de farine. Ce ramollissement peut exister dans tous les points de l'organe, là même où les sucs gastriques n'ont pas pu séjourner. Les bords de la partie altérée ne sont pas libres; ils adhèrent aux organes voisins et offrent des vestiges d'action morbide. Dans le ramollissement *cadavérique* ou par dissolution chimique, la membrane muqueuse est pâle, transparente, et elle a une consistance gélatiniforme; le siége de cette altération est au point le plus déclive de l'organe, là où les sucs gastriques s'accumulent naturellement, c'est-à-dire dans le grand cul-de-sac. Les bords des parties ramollies sont libres, sans adhérence aux organes voisins; on n'observe dans leur voisinage aucun vestige d'action morbide; il n'y a pas eu d'épanchement, enfin le sang contenu dans les vaisseaux de la partie altérée est noir ou brun. (*Archives générales de médecine*, tome XXIII.)

Voici maintenant ce que M. Orfila a observé à ce sujet : « On croira peut-être, dit-il, qu'en examinant des cadavres enterrés depuis plusieurs mois, nous avons dû trouver le ramollissement dont nous parlons, porté au dernier degré, puisque souvent il est très considérable dès le lendemain de la mort. Nous *n'avons jamais* vu les parois de l'estomac assez ramollies pour être près de se détruire. Jamais nous n'avons observé le ramollissement sous forme de bandes, qui se produit lorsque la membrane muqueuse est plissée; presque toujours il occupait la grosse extrémité de l'estomac, et les parties ramollies présentaient cette variété de coloration que l'on remarquait sur la membrane muqueuse. En un mot, ce ramollissement nous paraissait offrir, à très peu de chose près, les caractères assignés par M. Cruveilher à celui qu'il nomme pultacé; seulement il existait à un degré peu marqué. » (*Traité des exhum. jurid.*)

Nous n'avons jamais rencontré de ramollissement de la

membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins, qui pût être pris pour un travail morbide. Il est vrai que nos observations portent principalement sur des noyés. Nous avons vu cette membrane ramollie, mais elle se présentait avec une teinte grisâtre d'une homogénéité parfaite dans tous les points de l'étendue de l'organe, sans épaississement, et plutôt, au contraire, avec diminution d'épaisseur; nulle injection vasculaire qui pût faire soupçonner une altération vitale. En un mot, l'aspect, la couleur, la densité, l'étendue, l'absence d'injection vasculaire, le travail putride de tout l'organe, constituaient autant de circonstances que l'on apprécie à la vue et que l'on ne peut pas peindre, mais qui n'ont jamais laissé de doute dans notre esprit. Loin de nous cependant la pensée qu'une erreur de ce genre ne pût être commise; aussi avons-nous dû appeler l'attention des médecins sur ce sujet. A plus forte raison s'il s'agissait d'une perforation du genre de celles dites spontanées, que l'on peut attribuer ou à une action vitale, ou à la force dissolvante des sucs gastriques, ou enfin à la putréfaction. M. Orfila n'a constaté ce phénomène qu'une seule fois dans un intestin, encore pouvait-on l'attribuer à un ver.

Des productions gazeuses. — Rien n'est plus rapide et plus communément observé que la formation de gaz après la mort, sous l'influence de la putréfaction. Nous avons fait connaître ses sources principales chez les noyés, et nous ne pensons pas trop généraliser en disant que tout organe creux, toute membrane formant poche, et tout tissu cellulaire un peu lâche, peuvent devenir le siége d'un développement spontané de gaz. C'est presque dire que la production gazeuse peut avoir sa source dans presque tous les organes de l'économie. Dès lors, ne serait-il pas possible de confondre ce phénomène cadavérique avec les productions gazeuses développées sous l'influence de la vie? La réponse n'est pas douteuse quand on réfléchit que, dans la putréfaction, les gaz ne se développent pas à la fois dans tous les points de l'économie; qu'un organe seul peut devenir emphysémateux, lorsque tous les autres sont encore à l'état normal; qu'en été, il suffit de quelques heures de mort pour qu'un sujet qui a succombé à une maladie aiguë

soit ballonné dans toutes ses parties ; que, dès lors, il est souvent difficile de caractériser les emphysèmes pulmonaire, sous-séreux, sous-muqueux, le pneumo-thorax, le météorisme, etc. Nous ne saurions donc trop mettre les médecins en garde contre de pareilles erreurs. Lorsqu'ils sont appelés à porter un diagnostic à ce sujet, ils doivent avoir égard, 1° à la marche et à la nature de la maladie qui a amené la mort ; 2° au temps écoulé depuis la mort ; 3° à la température de l'air atmosphérique ; 4° au milieu dans lequel le corps a été placé ; 5° aux variations atmosphériques qui ont pu survenir depuis le moment de la mort ; 6° à l'état sain ou putride de la totalité ou de certaines parties du corps. Prenons un exemple. Un homme meurt, en cinq jours, d'une péritonite aiguë, survenue pendant les chaleurs de l'été ; l'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort. Le ventre est météorisé, distendu, vert ; le cadavre exhale une odeur notable de putréfaction. L'abdomen laisse échapper, à son ouverture, une grande quantité de gaz ; les intestins en sont remplis ; la membrane muqueuse est soulevée par de semblables productions gazeuses. Comment distinguer, dans ce cas, l'origine des gaz qui occupent le péritoine, la cavité des intestins, et qui constituent l'emphysème sous-muqueux? cela est évidemment impossible. Mais un homme succombe à une affection toute semblable et dans le même espace de temps. Seulement, c'est en hiver que la mort survient, et lorsque le thermomètre marque plusieurs degrés au-dessous de zéro. L'abdomen, quoique météorisé, n'est pas coloré, il n'y a aucun indice extérieur de putréfaction ; pas d'odeur qui s'exhale du cadavre, et, dans ces vingt-quatre heures écoulées depuis la mort, la congélation a déjà envahi les parties les plus éloignées du centre. Il est évident qu'alors il y a certitude à l'égard d'un développement de gaz, sous l'influence de la vie. C'est en raisonnant d'après ces conditions, que l'on peut se permettre d'établir des présomptions, si ce n'est même dans quelques cas une certitude.

La force expansive qui dépend de la putréfaction gazeuse est très grande. Je citais tout à l'heure la rupture de la pie-mère et de l'arachnoïde et peut-être de la dure-mère plus ou moins al-

térée, comme un de ses effets. Mais il est d'autres exemples à donner à l'appui de cette proposition. 1° Cette force chasse le sang du cœur et des gros vaisseaux; elle le transmet dans leurs plus petites ramifications, du centre à la circonférence, et vient dessiner leur trajet tant à la surface extérieure du corps, que dans l'épaisseur des parois des organes membraneux. 2° C'est probablement à cette cause qu'il faut attribuer aussi les épanchements séro-sanguinolents dont nous allons parler tout à l'heure. 3° Elle force l'anus à s'ouvrir pour donner issue au gaz et aux matières contenues dans le gros intestin; de là, cette expression que *le cadavre se vide* après la mort. 4° Elle parvient à vaincre la résistance que présente l'orifice du cardia; à déterminer la sortie, par l'œsophage, des matières que contient l'estomac. Elle transporte ainsi dans la bouche, le larynx et la trachée-artère, les aliments qui étaient contenus dans cet organe, ainsi que l'ont démontré les expériences faites par Chaussier, et qui ont consisté à introduire des mélanges fermentescibles dans l'estomac; il est vrai que la distension énorme de cet organe tend à diminuer la déviation qu'il présente à droite dans son état de vacuité, et à mettre sa cavité en rapport avec celle de l'œsophage; toujours est-il qu'il faut une puissance assez grande pour vaincre la résistance qu'offre l'œsophage dans son état de vacuité, puisque non seulement il supporte le poids de la pression de l'air, mais encore celui de tous les organes qui l'entourent le long de son trajet.

Les conséquences de ces faits sont les suivantes : Des matières contenues dans le gros intestin pendant la vie, peuvent avoir été expulsées après la mort. Dans certains cas de mort par asphyxie, on retrouve des corps étrangers dans la trachée-artère, des aliments, par exemple, et il est quelquefois très difficile de déterminer si ces aliments y ont été introduits pendant la vie ou après la mort; si c'est à ces corps étrangers qu'il faut attribuer la mort, ou à un phénomène cadavérique développé sous l'influence de l'atmosphère avec laquelle l'individu a été en contact? Les phénomènes que le malade a présentés dans les derniers temps de sa vie, peuvent seuls conduire à un résultat à peu près certain. On trouvera un exemple de ce

genre à l'article ASPHYXIE PAR LE GAZ DE L'ÉCLAIRAGE.

Des épanchements. — Rien de plus commun que les épanchements produits par la putréfaction. Ils ont toujours leur siége dans les membranes séreuses. Je ne les ai jamais vus sous la forme d'un liquide presque incolore et analogue à de la sérosité secrétée pendant la vie. Cependant il serait possible que le liquide qui existe naturellement dans la cavité de l'arachnoïde fût augmenté peu de temps après la mort, par la partie la plus fluide du sang, à cause de la grande quantité de vaisseaux qui existent autour de la masse encéphalique. Hors ce cas, je crois qu'un épanchement séreux, observé peu de temps après la mort, est toujours un phénomène vital. M. Orfila et moi nous n'avons jamais observé d'épanchement cadavérique de sang dans la cavité des membranes muqueuses; jamais les épanchements putrides des grandes cavités séreuses ne présentent de fausses membranes, ni de pus; il ne reste donc plus qu'à caractériser les épanchements que l'on observe pendant une période déjà avancée de la putréfaction, de manière à lever toute incertitude sur leur origine.

Les épanchements cadavériques sont la conséquence de la production de gaz qui a lieu dans le cœur et les vaisseaux. Leur siége est principalement dans les plèvres et le péricarde. On les rencontre aussi, mais moins souvent, dans le péritoine. La quantité de liquide épanché peut égaler, pour chaque plèvre, un litre et quelquefois plus. Le sang décomposé devient très fluide, il transsude à travers ces membranes et se répand dans leur cavité, de même qu'il imbibe toutes les lames du tissu cellulaire sous-cutané et le colore en rouge foncé. Probablement la partie la plus fluide s'épanche seule dans les membranes séreuses, mais elle ne s'y épanche pas avec les qualités du sérum du sang; car le liquide que l'on trouve est toujours coloré en brun foncé, et il a une odeur putride très prononcée. On ne remarque ces épanchements qu'après une ou plusieurs semaines écoulées après la mort, c'est-à-dire quand le développement de gaz a été porté à son maximum et qu'il a produit tous ses effets, et principalement la coloration en rouge du tissu cellulaire sous-cutané. Néanmoins, cette désignation de

temps n'est qu'une donnée approximative; et elle varie suivant la température de l'atmosphère et les conditions plus ou moins favorables à la putréfaction dans lesquelles le corps se trouve placé. Enfin, jamais on n'observe de sang coagulé ou de dépôt qui puisse simuler le coagulum du sang.

De ce qui précède, il résulte que les épanchements cadavériques ne peuvent tout au plus simuler que des épanchements de sérosité sanguinolente qui auraient eu lieu pendant la vie; que toute idée de phlegmasie séreuse avec exsudation membraneuse ou purulente, est exclue par cela même (pleurésie, péricardite, péritonite, arachnoïdite). Nous pensons qu'en ayant égard à l'homogénéité du liquide épanché; à sa couleur beaucoup moins foncée que celle qui est propre au sang, fût-il même putréfié; au degré avancé de la putréfaction, on pourra arriver à un diagnostic assez certain. On notera que nous ne tenons pas compte de l'état emphysémateux du cadavre, non pas que l'on ne doive jamais le rencontrer, mais parce qu'il peut avoir disparu par les progrès de la putréfaction, les épanchements séreux cadavériques persistant toujours pendant un temps fort long. Le diagnostic sera plus difficile lorsque la question d'une exsudation séro-sanguinolente, qui aurait eu lieu pendant la vie, sera soulevée. Mais d'abord nous ferons remarquer qu'elle ne pourra, en général, s'élever qu'à l'occasion d'une exhumation; et, ensuite, qu'en supposant ces sortes d'épanchements comme étant le résultat d'un phénomène vital, il serait bien extraordinaire qu'ils aient eu lieu à la fois dans les deux plèvres, le péricarde et le péritoine, ce qui se rencontre presque toujours lors de la production du phénomène cadavérique dont il est question.

Nous bornerons là l'étude des phénomènes cadavériques capables de jeter des doutes sur le diagnostic des affections morbides. Il nous suffira d'énumérer les autres altérations pathologiques qui peuvent altérer tous les tissus de l'économie, et celles qui sont propres à certains organes en particulier, pour faire voir qu'elles ne peuvent guère devenir la source d'erreurs : la matière tuberculeuse; les tissus squirrheux et encéphaloïdes; les productions cartilagineuses ou osseuses; la sécré-

tion purulente; les productions de fausses membranes; la gangrène sèche ou humide; les ulcérations; les déchirures de muscles; les épanchements de sang dans la substance des organes; la dégénérescence graisseuse, etc., etc.; mais les recherches de l'expert en matière judiciaire, portant le plus souvent sur les traces matérielles des phlegmasies, nous rappellerons que la mort tend à faire disparaître les diverses colorations de tissus en rouge, et même les arborisations, lorsqu'elles n'ont eu que peu de durée pendant la vie; — qu'à une époque plus avancée, la putréfaction peut simuler, plus ou moins imparfaitement, ces apparences inflammatoires; — que, si la putréfaction amène le ramollissement dans une membrane muqueuse qui a suppuré pendant la vie, il n'est presque plus possible de reconnaître la suppuration; mais l'existence seule du ramollissement de cette membrane établit les plus fortes présomptions sur leur origine toute vitale; — qu'il n'y a pas d'analogie entre une ulcération cutanée ou muqueuse d'origine vitale, et une altération putride; — que l'état emphysémateux inflammatoire des membranes muqueuses, signalé par M. Scoutetten, peut parfaitement être simulé par l'emphysème sous-muqueux putride.

CHAPITRE VII.

DES LEVÉES DE CADAVRES ET DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE LORSQUE L'ON EST APPELÉ A CONSTATER LE DÉCÈS D'UN INDIVIDU TROUVÉ SUR LA VOIE PUBLIQUE.

L'article 81 du Code civil est ainsi conçu : « Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. »

Les articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle contiennent les dispositions suivantes :

Article 43. « Le procureur du roi se fera accompagner, au besoin, d'une ou deux personnes, présumées, par leur art ou leur profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit. »

Art. 44. « S'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte, le procureur du roi se fera assister d'un ou deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur la cause de la mort et sur l'état du cadavre.

» Les personnes appelées, dans les cas du présent article et de l'article précédent, prêteront, devant le procureur du roi, le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience. »

Une ordonnance du préfet de police, concernant les secours à donner aux noyés, asphyxiés ou blessés, en date du 2 décembre 1822, contient l'article suivant, § 9, sect. 2, page 5. « L'homme de l'art constatera avec la plus grande exactitude l'état actuel du cadavre ; dans le cas où il remarquerait que la mort peut être le résultat de violences exercées sur l'individu, il requerra sous sa responsabilité un second examen par les médecins experts assermentés près la cour royale du département. »

Dans son instruction à MM. les officiers de police judiciaire, M. le procureur du roi s'exprime ainsi, Chap. homicide, page 56, § 5, à l'occasion des vérifications médico-légales : « Ils doivent avant tout (les hommes de l'art) s'expliquer sur l'état extérieur du cadavre ; en général et sauf les cas d'urgence, ils ne doivent pas, dans le premier moment, être autorisés à en faire l'ouverture. Cette opération importante peut et doit toujours être retardée jusqu'au moment où le procès-verbal m'est remis, et où je puis, soit la prescrire, soit permettre l'inhumation, suivant les circonstances. »

Après avoir fait connaître les lois et les ordonnances qui concernent la levée des cadavres, je vais indiquer la marche que l'on adopte aujourd'hui pour y procéder.

A Paris, on ne peut pas faire l'inhumation d'une personne décédée à domicile avant qu'un médecin, spécialement désigné par le maire de l'arrondissement, n'ait constaté le décès. Il prend note des noms et prénoms, âge, profession, domicile de l'individu décédé ; de la maladie à laquelle il a succombé ; de l'heure où la mort est survenue ; du médecin qui a soigné le malade ; du pharmacien qui a fourni les médicaments ; de l'exposition de la chambre qu'occupait le malade ; etc., etc. Il en résulte des documents qui fourniront par la suite les éléments d'une statistique du plus haut intérêt. Le médecin qui a donné des soins à l'individu décédé ne peut pas procéder à l'ouverture du corps sans en avoir fait prévenir le médecin de la mairie. La visite de ce dernier, et sa présence à l'autopsie, ont pour but de rechercher si la mort ne pourrait pas être l'effet de l'homicide. Je ne pense pas que la même marche soit adoptée dans les départements, attendu qu'elle n'est guère praticable ; aussi en résulte-t-il des inconvénients sur lesquels j'ai déjà appelé l'attention. (*Voyez* pag. 55.)

Lorsqu'un cadavre est trouvé sur la voie publique, le commissaire de police du quartier fait appeler un médecin à l'effet de constater la mort et le genre de mort. Le médecin demande l'ouverture du corps, s'il le juge convenable ; c'est alors que le commissaire de police en réfère au procureur du roi, qui désigne un ou deux médecins pour y procéder. Cette opération se pratique dans le logement de l'individu, s'il a été reconnu, ou à la Morgue, dans le cas contraire. Cependant, lorsqu'il y a urgence, le commissaire de police peut faire procéder directement à l'autopsie par des médecins de son choix. L'urgence dont il est ici question, c'est l'état avancé du cadavre, et tel, que l'on ait à craindre les changements que la putréfaction peut apporter dans la disposition des parties, l'aspect des blessures et l'insalubrité qui peut résulter de sa présence dans une maison habitée. Cette marche, qui est adoptée par tous les hommes qui connaissent bien la nature de leurs devoirs, offre de très grands avantages. Il est certain que tout médecin n'est pas apte à faire de la médecine légale, et surtout à la bien faire. C'est une chose toute de pratique, qui exige de l'expé-

rience et de l'habitude. L'ouverture des cadavres, et par conséquent la description du corps du délit, est toujours la partie la plus importante de la tâche du médecin. Un rapport peut être mal rédigé, les conclusions peuvent être erronées; il deviendra néanmoins la pièce la plus importante du procès, s'il contient la narration fidèle et bien détaillée de toutes les circonstances propres à éclairer sur la cause de la mort; car les médecins expérimentés en tireront d'autres conséquences, en rapprocheront les faits, et les grouperont de manière à les présenter sous un jour plus favorable à la découverte de la vérité. Le rapport pêche-t-il par défaut d'observation ou d'exactitude, il ne prouve plus, ni pour, ni contre; le corps du délit est perdu, à cause des opérations qu'a entraînées son examen, et l'acte d'accusation n'a plus de base solide.

Lorsqu'un cadavre constitue le corps de délit d'un grand crime, comme d'un empoisonnement, d'un assassinat, le procureur du roi ou l'un de ses substituts, et un juge d'instruction, se rendent sur les lieux accompagnés de médecins mandés pour examiner le corps du délit, et, après leur avoir fait prêter serment, les magistrats attendent le résultat de leurs investigations, et n'ordonnent l'autopsie qu'ultérieurement aux recherches préalables d'une première enquête judiciaire.

La levée de cadavres et l'autopsie sont donc deux opérations toutes différentes; dans l'une, le médecin n'est autorisé qu'à examiner l'état extérieur du corps et à en tirer telles inductions qu'il jugera convenable; mais il ne peut sous aucun prétexte porter l'instrument tranchant sur une partie quelconque. Dans l'autre, au contraire, le corps du délit est mis tout entier à sa disposition. C'est pour cette raison que nous avons fait deux chapitres différents de ces deux opérations. Il n'est donc pas inutile d'appeler l'attention sur les principaux cas à l'occasion desquels le médecin pourra être consulté.

Dans les villes où il existe une rivière, le genre de mort le plus commun, je ne parle ici que des suicides, c'est la submersion. Toutes les fois qu'un cadavre est retiré de l'eau, on le dépose sur la berge; là, le médecin constate le décès et il désigne approximativement le temps pendant lequel le corps a

séjourné dans l'eau. Pour arriver à ce résultat, il ne peut juger de la putréfaction que par les parties qui sont à découvert ; car on ne défait jamais les vêtements qu'après le transport du cadavre à la Morgue. La face, les mains et le devant du sternum, seront donc les points du corps qu'il examinera avec le plus de soin ; il y trouvera, dans le plus grand nombre des cas, des caractères assez tranchés pour préciser l'époque de la mort (*Voyez* pag. 140 et suivantes). L'étude de ces caractères est importante ; tous les jours on commet, sous ce rapport, les erreurs les plus grossières. J'ai vu des certificats de médecins donnant, au sujet retiré de l'eau, huit à dix jours de séjour dans ce liquide, quand le cadavre y était resté deux à trois mois, et *vice versâ*. Toutes les fois qu'il trouvera des blessures qui ne pourraient pas être expliquées par la chute dans la rivière, il devra les noter avec soin dans son procès-verbal.

2° Les asphyxies par le charbon sont très communes. Ici le médecin doit désigner avec soin la chambre dans laquelle se trouve le cadavre, sa grandeur, la disposition des fenêtres, des meubles, le foyer qui a servi à la combustion du charbon, la quantité approximative de cendres et de combustibles qui s'y trouvent ; l'attitude du cadavre, la couleur de la peau. Les individus asphyxiés par le charbon présentent en effet une coloration rosée toute particulière qui se distingue des lividités cadavériques, et par son aspect, et par sa situation sur des points non déclives du corps. Elle y est généralement répandue, mais elle cesse brusquement sur certaines portions de la peau qui offrent alors une couleur naturelle. Toutefois, il résulte d'observations récemment faites par M. Marye, que la coloration de la peau est loin d'être commune chez les asphyxiés à une époque voisine de la mort ; ce ne serait donc que plus tard qu'elle se dessinerait (*Voyez* ASPHYXIE PAR LE CHARBON). — Le médecin devra indiquer quels sont les signes de la mort qu'il a observés, et les caractères qui établissent le temps depuis lequel l'individu est mort ; qu'il n'oublie pas surtout que, dans ces sortes de cas, la chaleur se conserve pendant un temps plus long que dans toute autre espèce de mort, et que la rigidité se développe beaucoup plus tard ; enfin que ces phénomènes

surviennent et disparaissent beaucoup plus rapidement en été qu'en hiver.

3° Un genre de mort qui exige beaucoup de sagacité de la part du médecin est la suspension. Elle peut s'effectuer de mille manières différentes, et il est souvent difficile de déterminer si elle est l'effet de l'homicide ou du suicide. La situation du corps qui porte à penser que la suspension est le résultat de l'homicide, quand il n'y a que suicide, et *vice versâ,* peut souvent en imposer. Le médecin devra toujours avoir présent à la pensée que l'homme peut se pendre dans les situations les plus incommodes. Ainsi un point d'appui, placé à deux pieds et demi ou trois pieds de terre, est suffisant pour opérer la suspension. Il y a plus, la suspension peut avoir lieu dans le lit, lorsque l'individu se laisse ensuite glisser le long des matelas. C'est ainsi que, dans les hôpitaux, des malades se sont pendus en passant leur tête à travers la corde qui leur sert à se mettre à leur séant. J'ai vu plusieurs individus se pendre dans les violons des corps-de-garde de Paris (espèces de cabanes de cinq à six pieds carrés dans lesquelles on peut à peine se tenir debout). Mais, à côté de ces cas, je dois mettre en regard les faits d'homicide où les assassins ont placé le corps dans toutes les positions les plus favorables à faire naître de très grandes probabilités de suicide, et, il faut le dire, les indications que l'on retire de la position du cadavre peuvent très fréquemment induire en erreur. Tous les jours, les recueils périodiques relatent des faits dans lesquels les médecins les plus instruits sont restés dans le doute. Le numéro des *Annales d'hygiène et de médecine légale* (janvier 1830) en contient des exemples remarquables. La description très détaillée de la situation du corps et des diverses circonstances qui l'environnent est donc du plus haut intérêt pour la solution de la question ; on ne saurait y attacher trop d'importance. — Les cas de strangulation présentent peut-être encore plus de difficultés que ceux de suspension. Malheureusement, dans presque tous, à peine pouvons-nous affirmer que l'individu était vivant au moment de la suspension et de la strangulation, et sommes-nous souvent réduits à ne présenter que des conjectures eu égard à l'homicide ou au suicide.

4° Une levée de corps des plus communes, est celle dont les nombreuses variétés sont renfermées dans la dénomination de morts subites. Le médecin les attribue le plus souvent à l'apoplexie; on a pu voir combien cette opinion était peu fondée. Le froid intense, pendant les hivers rigoureux, fait succomber presque tous les individus que l'ivresse a déterminés à se coucher sur le pavé; quelques personnes, avancées en âge, succombent par le froid seul; d'autres périssent et de froid et de misère; les unes d'hématémèse ou d'hémoptysie; les autres de congestion pulmonaire, de rupture anévrismale; de congestions cérébrales ou d'apoplexie foudroyante. Il faut avouer que, dans tous ces cas, le médecin est souvent fort embarrassé pour déterminer la cause de mort, attendu qu'aucune apparence extérieure ne peut la lui faire soupçonner : aussi ne doit-il établir que des présomptions, et même ne pas spécifier la cause de mort, plutôt que d'induire les magistrats en erreur et de fournir aux personnes qui font des statistiques des matériaux tout-à-fait inexacts.

5° J'arrive à ces cas plus difficiles qui réclament toute l'attention de l'homme de l'art : je veux parler de ceux où il existe à la surface du corps des traces de blessures, et où l'on a mission de constater : 1° l'existence des blessures; 2° leur espèce; 3° si elles ont déterminé la mort; 4° si elles sont le résultat de l'homicide ou du suicide. Et d'abord, lorsque l'on ignore la cause de la mort, on est porté à rechercher s'il existe quelques traces de violence qui puissent l'expliquer. Mais il arrive souvent que les lésions les plus grandes sont cachées, et même les blessures qui, par les désordres qu'elles entraînent, devraient être les plus apparentes, peuvent devenir invisibles au premier abord, à cause de leur situation dans les cavités. J'ai vu un jeune homme qui, pour se brûler la cervelle, avait introduit le canon d'un pistolet dans sa bouche; la balle était restée dans le crâne; le pistolet avait été repoussé par la commotion produite par l'explosion de la poudre, et la blessure ne se faisait pas remarquer à l'extérieur. Les mains étaient parfaitement blanches, les lèvres intactes, la physionomie du cadavre exprimait une mort calme et sans souffrances; et ce n'était

qu'en écartant avec force les arcades dentaires, que l'on apercevait les désordres de la blessure la plus grave; le reste du corps ne présentait pas la moindre lésion. J'ai observé un second cas du même genre à la Morgue, dans le mois d'octobre 1835; c'était un garçon boulanger qui s'était brûlé la cervelle à l'aide d'un pistolet de poche; les lèvres étaient légèrement écartées, les dents serrées, très blanches, fermant la bouche qui offrait tous les désordres de l'explosion de la poudre; c'était encore dans le crâne que se trouvait la balle. Un médecin appelé à spécifier le genre de mort pour la levée d'un cadavre semblable trouvé sur une route, n'aurait peut-être pas ouvert la bouche pour y rechercher les lésions que j'ai signalées, et la cause du suicide lui aurait échappé. Voici deux exemples analogues.

Mort violente. Déchirure du foie par une voiture. Déclaré apoplexie foudroyante.

Obs. XLIX. — Mayeux, Jean-Baptiste-Ferdinand, âgé de cinquante ans, commissionnaire, fut déclaré, par le rapport d'un médecin, mort subitement d'une apoplexie foudroyante, rue Saint-Honoré. Transporté à la Morgue, il y fut reconnu par ses camarades, qui annoncèrent qu'une roue de Favorite l'avait frôlé légèrement, et que c'était un homme très adonné aux boissons spiritueuses. Le permis d'inhumer fut délivré par le procureur du roi, sur le rapport du commissaire de police, et sur la déclaration des médecins. Nous ouvrîmes le corps.

Aucune trace de violences ou de blessures à l'extérieur, si l'on en excepte une tache bleuâtre paraissant être une ecchymose d'un pouce de largeur, mais sans tumeur prononcée; incisée, on trouve un peu de sang infiltré dans les mailles de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette tache était placée au voisinage de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles (côté gauche).

En incisant la peau qui recouvre la partie supérieure et externe de la fesse gauche, nous fûmes frappés de trouver du sang infiltré dans le tissu cellulaire et dans les muscles superficiels; sa quantité était faible. Pareille observation fut faite en détachant la peau et les muscles qui recouvrent les côtes droites, et l'infiltration sanguine était placée au voisinage de la septième, huitième et neuvième côte, qui avait deux pouces et demi de longueur sur deux pouces de largeur.

Le sternum enlevé, nous trouvâmes une infiltration d'une quantité considérable de sang existant dans tout le tissu cellulaire sous-sternal, dans celui qui environne la trachée-artère et tous les gros vaisseaux. Le sang enveloppait la trachée-artère dans une étendue de cinq à six pouces de longueur; il s'étendait en haut sous le corps thyroïde, et en bas au-delà des divisions de la trachée; il était coagulé et infiltré dans toutes les mailles du tissu cellulaire. En recherchant la cause du désordre, je vis que la veine cave sous-clavière gauche avait été ouverte et déchirée; les artères étaient saines.

Le péricarde était très blanc; le cœur flasque, contenait un peu de

sang dans les cavités droites, et un peu moins dans les cavités gauches.

Les poumons sains. mais partout adhérents à la plèvre costale; les plèvres tout-à-fait fibreuses, la plèvre gauche surtout. Outre l'apparence du tissu fibreux le plus prononcé, la plèvre costale avait une épaisseur énorme; elle était au moins d'une ligne et demie dans beaucoup d'endroits.

La trachée-artère est saine ainsi que le larynx; mais la bronche gauche et quelques unes de ses ramifications contiennent un peu d'écume rougeâtre mêlée d'un peu de sang.

A l'ouverture de l'abdomen, se présentent l'estomac et les intestins, distendus par des gaz; on déplace les intestins, et l'on découvre deux litres de sang dans la cavité du péritoine. Ce sang est fluide, sans caillots, seulement un peu épais dans les parties les plus profondes de la cavité du ventre.

En cherchant la cause de cet épanchement, au milieu duquel baignent tous les organes contenus dans l'abdomen, on trouve une déchirure du ligament de la partie supérieure du foie; toute la moitié gauche de ce ligament est tapissée par un caillot.

En enlevant ce liquide on aperçoit le foie déchiré et divisé en deux parties; cette déchirure est profonde; à peine reste-t-il quelques portions de substance propre du foie pour réunir les deux lobes. Le foie vu inférieurement, on voit six ou sept petites déchirures très superficielles qui occupent la face inférieure de son grand lobe, et surtout la partie convexe de l'organe, qui plonge dans l'hypocondre droit.

Aucune artère principale du ventre n'a été ouverte; tous les autres organes sont sains, mais ils sont blafards, décolorés, et cette décoloration est surtout sensible à l'égard du foie et de la rate, dont le volume a beaucoup diminué.

L'estomac, très ample, contient beaucoup d'aliments en grande partie digérés, et mêlés à beaucoup de vin.

La vessie est pleine d'urine.

Tête. — Vaisseaux peu injectés; arachnoïde très épaisse et séreuse; substance cérébrale molle, piquetée; un peu de sérosité dans les ventricules cérébraux.

Lésions extérieures ne répondant pas aux désordres intérieurs.

Obs. L. — Cousin (Victor), âgé de trente-quatre ans, faucheur, écrasé faubourg Saint-Denis, se trouve dans la rue au moment où une voiture descendait avec rapidité; voulant se ranger, son pied glisse sur le talon, il tombe sur le dos, la roue de la voiture, attelée d'un seul cheval, lui passe sur la poitrine du côté de la clavicule droite et obliquement, de manière à excorier un peu la partie inférieure de la joue droite. L'individu meurt sur-le-champ.

Le cadavre ne porte pas de trace de putréfaction; on n'observe pour toute apparence de blessure qu'une tumeur allongée, immédiatement au-dessus des clavicules, qui donne à la partie inférieure du cou un volume contre nature; une légère teinte bleuâtre de la peau fait prévoir que c'est une ecchymose. En pressant sur le sternum, on sent une mobilité contre nature, et on trouve pareille mobilité sur les deuxième, troisième et quatrième côtes gauches, qui sont fracturées.

Tête. — Rien de remarquable; membranes saines, substance cérébrale très blanche et non injectée.

Les tumeurs du col disséquées font voir une infiltration sanguine

considérable au voisinage des sous-clavières primitives, veines et artères; les veines ont été déchirées et ont produit cet épanchement qui s'étend en arrière jusqu'à l'extrémité postérieure des clavicules, et en avant le long de la trachée et du corps thyroïde; les ligaments qui unissent l'extrémité interne de la clavicule droite avec le sternum ont été rompus.

Les poumons sont peu volumineux, blafards, décolorés; le cœur est tout-à-fait vide de sang. Dans la cavité gauche de la poitrine, existent deux à trois livres de sang tout-à-fait fluide, sans caillots; la cavité droite n'en contient qu'une petite quantité. En renversant le poumon gauche, on aperçoit une déchirure énorme de l'aorte droite sur le milieu de sa longueur dans la poitrine. Cette déchirure a deux directions; une transversale, qui ne comprend pas tout-à-fait le pourtour de l'aorte, et l'autre longitudinale, qui peut avoir un pouce de longueur, en sorte que cette rupture s'est effectuée aux dépens des fibres circulaires et obliques.

Le sternum est rompu à l'union de sa portion supérieure avec l'inférieure; les côtes correspondantes sont cassées vers leur milieu.

Les organes contenus dans l'abdomen sont sains, mais une petite quantité de sang est épanchée dans cette cavité.

Ces faits, auxquels j'en pourrais joindre beaucoup d'autres, font assez sentir la nécessité d'examiner dans ces sortes de cas toutes les ouvertures naturelles et toute la surface du corps avec le plus grand soin. Le médecin qui procède à des recherches médico-légales relatives à la levée des cadavres, doit toujours avoir présent à l'esprit que, dans le plus grand nombre des cas, de nouvelles recherches seront faites par d'autres médecins, et que les magistrats peuvent concevoir une très mauvaise idée de son instruction, s'il n'a pas tiré tout le parti convenable de l'état extérieur du corps.

Donnons actuellement quelques modèles de rapports pour des cas de ce genre.

Premier rapport.

Nous soussigné, docteur..., sur l'invitation de M. L..., commissaire de police du quartier de..., nous sommes rendu aujourd'hui 9 .... 185...., à cinq heures du matin, quai Saint-Michel, à l'effet *de procéder à l'examen du corps d'un individu inconnu; de déterminer la cause de la mort, et de dire si elle est le fait de violences ou de blessures.*

Le corps qui nous est représenté est dépouillé de ses vêtements. Il paraît être celui d'un individu de trente ans environ; les cheveux sont noirs, les yeux bleus, la bouche large, le nez aquilin, les sourcils bruns, la barbe bleue, la figure généralement maigre; un *signe* existe au devant de la poitrine, plus près du téton gauche que du téton droit; il est garni de poils et saillant à la surface de la peau. Sur la face palmaire de l'avant-bras, on trouve un tatouage représentant un cœur traversé

par une flèche avec cette souscription : *amour éternel;* plus bas, les initiales A et M. Les mains sont noires ; l'épiderme de la face palmaire de la main et des doigts est épais, comme cela arrive chez les ouvriers qui se servent d'outils en fer ; la malpropreté de la peau de la figure coïncide avec celle des mains. Les muscles des membres supérieurs paraissent plus développés que ceux des membres inférieurs ; ce qui tend à faire présumer que, dans son état, cet homme mettait les premiers plus souvent en action que les seconds.

La physionomie porte l'air hébété d'un homme ivre ; on ne remarque pas à l'extérieur du corps de trace de violence ; la chaleur est encore un peu appréciable au tronc ; les membres sont froids et dans un état complet de rigidité cadavérique ; ce dont nous nous sommes assuré en fléchissant les avant-bras sur les bras.

D'où nous concluons :

1° Qu'il nous est impossible de déterminer la cause de la mort à laquelle cet individu a succombé, l'ouverture du corps pouvant seule conduire à la solution de cette question ;

2° Qu'il n'existe pas à l'extérieur du corps d'indices de violences ou de blessures auxquelles on puisse attribuer la mort ;

3° Que la physionomie hébétée de cet individu établit quelques présomptions sur un état d'ivresse dans lequel il se serait trouvé au moment de la mort ; mais que ce n'est qu'une présomption.

Deuxième rapport.

Le... 183..., nous, etc..., nous sommes transporté rue.... à la requête de M... commissaire de police du quartier de..., pour *visiter le sieur..., qui vient de mourir subitement, déterminer la cause de la mort à laquelle il a succombé, et rechercher si elle n'aurait pas été le fait de violences.*

Le corps qui nous est représenté est placé sur le sol de la boutique d'un marchand de vin chez lequel il a été apporté au moment de la mort. La figure est calme ; elle n'exprime pas la souffrance ; la chaleur existe sur le tronc et dans les parties supérieures des membres ; mais les mains, les pieds, les avant-bras et les jambes sont froids. La roideur cadavérique n'existe nulle part, si ce n'est au coude droit, que l'on a de la peine à fléchir. Le pouls est nul ; on ne sent pas les battements du cœur ; un miroir placé devant la bouche n'est pas terni.

Nous ouvrons la veine médiane céphalique, elle donne une goutte de sang. Les veines superficielles de l'avant-bras ne se sont pas remplies après l'application de la bande à saigner. En vain nous plaçons de l'ammoniaque sous le nez, en vain nous stimulons la surface du corps.

Pendant que nous administrons ces soins, la chaleur générale s'éteint de plus en plus, et la rigidité cadavérique devient très manifeste dans les genoux et dans les muscles des cuisses, ce dont nous nous sommes assuré en fléchissant les jambes.

D'où nous concluons :

1° Que la mort est réelle ;

2° Q'il est impossible d'en préciser la cause sans procéder à l'ouverture du corps ; une congestion pulmonaire ou cérébrale, une syncope, une apoplexie, une rupture d'un anévrisme du cœur ou d'un gros vaisseau, une hématémèse, et d'autres causes encore, pouvant coïncider

avec l'état cadavérique dans lequel nous avons trouvé cet individu;

5° Que la rapidité de la mort, et surtout l'absence de lésions à l'extérieur, établit des présomptions en faveur d'une mort subite, spontanée.

Troisième rapport.

En vertu d'une requête à nous adressée par le commissaire de police du quartier de.., nous, A... R..., docteur, nous sommes rendu rue... n°..., au cinquième étage, dans une chambre exposée au midi, donnant sur ladite rue, où nous avons trouvé M. le commissaire de police, qui nous a dit avoir fait procéder immédiatement à l'ouverture de la porte de la chambre, d'après les rapports qui lui avaient été faits par des voisins sur l'absence du sieur D..., que l'on avait vu rentrer chez lui le... 183...; qui n'en était pas sorti depuis cette époque, et qui n'avait pas répondu aux appels nombreux qui lui avaient été faits; il nous annonce en outre n'avoir dérangé aucun des objets ou meubles qui se trouvent dans cette chambre.

Au centre de la chambre, nous trouvons deux fourneaux pouvant contenir ensemble le quart d'un boisseau de charbon. Il y reste un peu de cendre et quelques charbons éteints. Les fourneaux sont froids. Une odeur de charbon est répandue dans cette pièce; les fenêtres en ont été hermétiquement fermées et calfeutrées. Le tuyau de la cheminée est bouché par une planche entrée à frottement et tapissée par des torchons introduits entre ses bords et les parois du tuyau. On a ouvert la fenêtre pour renouveler l'air de la pièce. — Dans un lit est couché sur le dos le sieur D... Sa face est violacée; les paupières un peu tuméfiées. La peau de la région antérieure de la poitrine, celle des cuisses et de l'avant-bras droit, est colorée en rose. Des lividités cadavériques très marquées existent tout le long du dos. On aperçoit un peu d'écume sanguinolente à la bouche et au nez. — La chaleur du corps est éteinte. — La roideur cadavérique est très prononcée; et l'on fléchit avec beaucoup de peine l'avant-bras sur le bras; ces parties acquièrent une souplesse très grande aussitôt la rigidité vaincue.

Conclusion :

1° La mort est réelle, elle date de vingt-quatre heures environ.

2° Il y a tout lieu de croire qu'elle a été le résultat d'une asphyxie par le charbon, quoique l'autopsie seule puisse en donner une preuve certaine.

3° Il n'y a pas à l'extérieur du corps de trace de violences à laquelle on puisse attribuer la mort.

Fait à..., ce... 18...

CHAPITRE VIII.

DES OUVERTURES DE CORPS.

Nous diviserons en plusieurs paragraphes ce qui concerne les ouvertures de corps ; nous traiterons successivement, des rapports qui doivent exister entre les médecins et les magistrats ; des règles qui doivent présider à l'ouverture, et de l'ouverture en elle-même. Quant à celle-ci nous n'en parlerons que d'une manière générale, nous réservant de nous occuper des particularités relatives aux blessures, à la submersion, à la suspension, à l'avortement, etc., lorsque nous traiterons de la conduite que le médecin est appelé à tenir dans les expertises qui concernent chacun de ces cas en particulier.

A. Un médecin ne peut jamais procéder judiciairement à une ouverture de corps, s'il n'a reçu une mission d'un magistrat ou d'un de ses délégués, qui contienne, sous la forme de questions, les points sur lesquels la justice désire que l'expert s'explique. Les termes de cette ordonnance doivent, avant tout, être pesés par le médecin ; et la direction qu'il imprimera à son opération aura pour but principal la solution des questions qui lui auront été soumises.

B. Toutes les ouvertures judiciaires doivent être faites en présence d'un magistrat ou de l'un de ses délégués.

C. Lorsqu'un crime est découvert, et qu'il y a urgence à procéder, comme dans les cas de flagrant délit, dans ceux d'assassinat, d'empoisonnement, le procureur du roi, ou l'un de ses substituts, ou un juge d'instruction, se transporte en personne sur les lieux, accompagné d'un greffier, d'un et le plus souvent de deux docteurs en médecine, et fait procéder, en sa présence, à l'autopsie cadavérique. — Lorsque des scellés ont été apposés sur des vêtements, armes, ou autres objets relatifs à l'opération, ils ne peuvent être rompus que par la justice.

Dans les villes où il existe un tribunal, les autopsies des grands crimes se font ordinairement en présence d'un substitut du procureur du roi et d'un juge d'instruction. Ce dernier dirige alors toutes les opérations, en consigne les principaux faits dans un procès-verbal, et préside en un mot à tout ce qui fait le sujet des recherches. Une fois qu'un juge est chargé d'une affaire criminelle, il est maître de toute l'instruction. Dans les localités où il n'existe pas de siége, ce sont les maires ou les juges de paix qui dirigent les opérations judiciaires.

D. Le médecin doit, avant toute chose, prêter serment entre les mains du magistrat, de procéder à ses recherches, et de faire son rapport en son honneur et conscience.

E. Lorsque les opérations sont faites en présence de la personne que l'on soupçonne être l'auteur du crime, le magistrat met l'accusé en rapport avec le corps du délit, avant de procéder à l'ouverture, afin de tirer parti, pour la découverte de la vérité, des impressions qui peuvent naître de ce rapprochement. L'inculpé assiste à toute la durée de l'autopsie; et, au fur et à mesure qu'une blessure est découverte, les médecins doivent la lui montrer. Ces règles de pratique ont pour objet de prouver à l'inculpé que la preuve du crime est acquise; que les circonstances dans lesquelles il a été commis sont connues, et de l'engager par cela même à des aveux, tout entiers dans son intérêt. — Le médecin doit rester étranger à toute interprétation des faits qu'il découvre, il n'appartient qu'au magistrat d'en tirer tout le parti qu'il juge convenable sous le rapport des impressions qu'ils ont fait naître.

F. Avant de procéder à l'autopsie, le médecin devra s'être procuré tous les instruments nécessaires. Ces instruments sont: des bistouris, et mieux des couteaux, droits et convexes, des ciseaux, de fortes pinces à disséquer, des stylets, une sonde cannelée, des érignes, une scie, un compas d'épaisseur, un mètre, un marteau à autopsie, du fil, des éponges, de l'eau, du linge, un entérotôme, un rachitôme, un costotôme, une rugine, de l'encre, ou un autre liquide coloré.

G. Il faut aussi, avant toute chose, qu'il observe avec soin les lieux dans lesquels il est conduit, les objets qui s'y trouvent,

lorsqu'ils peuvent avoir quelques rapports avec l'opération qu'il va faire. Il ne doit jamais déranger les meubles, ustensiles ou objets qui environnent le corps, avant qu'ils n'aient été vus par le magistrat qui l'accompagne, et décrits par lui. Il fera connaître ce qui entoure le corps, les armes ou instruments placés dans les environs, les traces de sang, de boue, d'acide, ou tous autres indices qui peuvent exister tant à la surface du sol que sur des meubles.

H. Il exposera l'aspect général du cadavre, et donnera son signalement, âge, sexe, stature, embonpoint, taches ou marques extérieures naturelles.

I. Ces préliminaires terminés on procède à l'examen spécial de la surface du corps, on indique le degré de rigidité des membres, l'état des yeux, de la bouche, du nez, des oreilles; la putréfaction et ses caractères. Et après avoir pris note de ce que l'on a observé, on fait placer le corps sur la table où l'autopsie doit être pratiquée. — Le corps est-il trouvé sur une grande route, dans les champs, dans un bois, on décrit son attitude, on tire tout le parti possible de l'examen extérieur, et ensuite on le fait porter avec précaution dans un endroit commode à l'autopsie.

J. On dépouille le cadavre de ses vêtements; on recherche si ces derniers sont salis, tachés, ou présentent quelques traces de coupure, de déchirure, de boue, etc. ; s'il existe des plaies, excoriations, ou des traces de contusions qu'il ne faut pas confondre avec les lividités cadavériques; si les os sont fracturés ou cassés; si, en comprimant le thorax, on ne fait pas sortir du nez ou de la bouche des fluides mêlés de gaz; si les mamelles comprimées ne donnent pas de lait; si, dans le repli inférieur des seins, il n'existe pas une blessure. On explore l'abdomen, l'anus, les parties génitales, pour savoir s'il n'y aurait pas quelque indice de maladies vénériennes, etc.

Ouverture du corps. — Il est des règles communes à toute autopsie. Nous allons les faire connaître d'une manière générale.

Quelques médecins ont le grand tort de limiter leur autopsie à l'examen de la cavité splanchnique, où l'on soupçonne

l'existence des lésions. On ne saurait trop recommander d'ouvrir toutes les cavités. C'est un devoir et c'est d'ailleurs un moyen d'éviter toute objection de la part du défenseur du prévenu, qui ne manque jamais de tirer parti de cette omission ; il arrive souvent que l'on trouve dans une seconde cavité des altérations plus graves que dans la première et dont on n'avait pas soupçonné l'existence.

Chaussier, qui a établi sur l'ouverture des corps les meilleures règles à suivre en cette matière, conseille de commencer par le rachis. C'est un tort, suivant nous, parce que les cadavres étant presque constamment placés sur le dos au moment de la mort, on retourne tous les organes sur eux-mêmes avant de les avoir examinés, et l'on peut modifier les altérations que l'on aura à constater par la suite. Nous pensons qu'il faut adopter l'ordre suivant : la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen, les membres et le rachis.

Examen de la tête. — Les cheveux sont coupés avec des ciseaux, ou bien le cuir chevelu est rasé ; on pratique alors une incision cruciale sur toute l'étendue du cuir chevelu ; l'une des incisions doit s'étendre d'avant en arrière, de la racine du nez à la partie postérieure et supérieure du cou ; l'autre, coupant la première à angle droit, prend naissance à la conque d'une oreille, et se termine à celle du côté opposé. On détache les quatre lambeaux triangulaires qui en résultent, et on les renverse. — On peut encore, si on le préfère, pratiquer une section circulaire qui, après avoir divisé la peau du front à un pouce au-dessus des sourcils, suit le contour de la tête non loin de la racine des cheveux. — On enlève le périoste en le décollant des os avec le manche d'un scalpel, et l'on procède à la section des os. — Chaussier, voulant éviter d'intéresser avec la scie les membranes du cerveau et la substance propre de cet organe, ou bien craignant de modifier les altérations du cerveau par les secousses qu'on lui imprimerait en se servant du marteau pour casser le crâne, conseille l'application de quatre couronnes de trépan, tant en arrière qu'en avant, et propose d'introduire, par les ouvertures qui en résulteraient, une lame de couteau mousse et flexible, afin de décoller la dure-mère et

de pouvoir ensuite pratiquer sûrement un trait de scie. Cette méthode longue, à laquelle aucun médecin ne s'astreindrait, hors d'un cas très rare, me paraît avoir l'inconvénient de pouvoir modifier des altérations plus ou moins voisines des os, et je préfère courir la chance d'intéresser le cerveau dans un ou deux points, que de risquer de produire les mêmes effets en agissant sur toute la surface. Il conseille aussi de faire l'ouverture du crâne en deux temps : dans l'un, d'enlever la calotte osseuse, et dans l'autre, de faire en arrière et latéralement deux sections qui se prolongent vers les lames des premières vertèbres du rachis, pour se réunir au trou occipital, de manière à mettre à nu la partie supérieure du prolongement rachidien ; cette opération est, dit-il, *plus longue à décrire qu'à exécuter*. Nous ne voyons pas qu'il y ait une grande utilité à cette manœuvre d'une exécution assez longue; contentons-nous d'insister sur une ouverture de la tête faite avec soin à l'aide d'un trait de scie et sans emploi du marteau, qui, par les secousses qu'il imprime, modifie plus ou moins les altérations que l'on doit observer. Cette section ne saurait être faite avant un examen attentif des os du crâne ; lorsque la calotte osseuse est enlevée, il faut rechercher si, à la surface des os, il n'existerait pas quelque lésion qui n'aurait pas pu être appréciée à l'extérieur. — La dure-mère mise à nu, on incise cette membrane d'avant en arrière, de chaque côté du sinus longitudinal supérieur ; on abaisse en dehors les lambeaux qui résultent de ces sections; la presque totalité de la surface du cerveau est à nu. — On note l'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux sous-arachnoïdiens ; la couleur de la surface extérieure du cerveau, la consistance de son tissu. — On coupe, avec des ciseaux introduits en avant, entre les deux hémisphères, l'insertion de la grande faux de la dure-mère à l'apophyse *crista galli* de l'ethmoïde ; on renverse ce repli en arrière. — *On laisse le cerveau en place*, et, à l'aide de sections successives pratiquées horizontalement dans son épaisseur, on explore sa substance ; ses ventricules ; les liquides que ces derniers peuvent contenir ; l'état des replis de l'arachnoïde et de la pie-mère qu'ils renferment ; et l'on poursuit la dissection jusqu'à

la base du crâne, en laissant intact le cervelet. — On coupe les deux replis de la dure-mère qui constituent la tente du cervelet. On procède à l'examen de la protubérance annulaire et du cervelet jusqu'au cordon rachidien ; on abaisse la tête afin de voir s'il s'écoule du canal vertébral un liquide quelconque ; pratique indispensable, parce que l'ouverture devant être abandonnée dans ce point pour l'examen des autres cavités, on pourrait perdre le fruit de ses recherches par les positions que l'on ferait prendre par la suite au cadavre. Quelques personnes, au lieu de voir le cerveau sur place, enlèvent la totalité de la masse cérébrale pour l'examiner hors du crâne. C'est une méthode vicieuse, qui dans les autopsies où la cause de la mort est ignorée, détruit tous les rapports, nécessite la section d'un grand nombre de vaisseaux, ne permet pas de juger aussi bien de l'ensemble de toutes les parties, de la situation des altérations, et qui place l'expert dans des conditions moins favorables à l'examen.

Examen de la face, du cou et de la poitrine. — On pratique : 1° deux sections qui partent de chaque commissure des lèvres et s'étendent jusqu'aux conduits auditifs ; 2° une section qui divise la lèvre inférieure à sa partie moyenne et se prolonge jusqu'au sternum ; 3° une incision qui longe toute l'étendue des deux clavicules, de manière à venir couper la précédente à angle droit à sa partie inférieure ; 4° deux incisions qui, de chaque côté, partent du point de jonction du tiers interne de chaque clavicule avec leurs deux tiers externes, et se rendent obliquement en dehors à la base de la poitrine, vers l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte. Il résulte de ces incisions : d'abord deux lambeaux de forme quadrilatère qui tapissent le cou ; ensuite un lambeau triangulaire moyen qui recouvre le sternum et la partie antérieure des côtes, dont le sommet obtus se trouve en haut et la base en bas. On dissèque les deux premiers lambeaux ; on met à nu l'os maxillaire inférieur et les muscles du cou ; on prolonge la dissection sur les parties latérales de la poitrine, et l'on enlève dans cette partie les muscles avec la peau, afin d'explorer leur état et de mettre les côtes à nu. On dissèque aussi de haut en bas le lambeau de

peau qui recouvre le sternum, et on le renverse sur l'abdomen. — On scie l'os maxillaire inférieur à sa partie moyenne ; la cavité de la bouche et la langue sont examinées avec soin. — On détache de bas en haut les muscles du cou ; la trachée-artère, le larynx et les vaisseaux se trouvent ainsi mis à nu. — Alors on pratique la section de la clavicule et des côtes à l'aide d'un trait de scie pratiqué au tiers interne de chaque clavicule, et se prolongeant sur toutes les côtes dans la direction des incisions qui ont été faites aux parties molles de la poitrine. — On renverse en bas et sur l'abdomen le sternum, avec les deux portions des clavicules et le tiers interne des côtes qui ont été coupées. La cavité de la poitrine est largement ouverte ; les poumons, le cœur, sont à découvert.—On incise le péricarde ; s'il contient un liquide, on en mesure de l'œil la quantité, ou bien on l'absorbe avec une éponge, que l'on exprime dans un vase, où cette appréciation peut être faite avec plus d'exactitude. La même opération est pratiquée à l'égard des cavités des plèvres. — On note l'aspect extérieur du cœur et des poumons, leur volume, la densité de leur tissu. — *On laisse le cœur en place,* on fend ses cavités droites d'abord, puis ses cavités gauches, au moyen de deux sections parallèles à leur axe ; on tient compte de la quantité de sang que chacune d'elles renferme ; on presse légèrement sur le ventre, afin d'observer si le sang reflue en plus ou moins grande quantité par la veine cave inférieure. — On soulève le cœur de bas en haut, on coupe tous les vaisseaux qui existent à sa base. — On enlève le péricarde ; on dissèque alors la trachée-artère jusqu'à l'entrée des bronches dans les poumons ; on suit même quelques unes de leurs ramifications dans le tissu pulmonaire ; on incise alors le larynx en avant et le long de sa partie moyenne et antérieure ; on fend de haut en bas la trachée-artère et ses divisions pour noter ce qu'elle contient, ainsi que l'état de sa membrane muqueuse ; on coupe dans divers points le tissu pulmonaire pour l'observer tant en avant qu'en arrière, à son sommet et à sa base.

Examen de l'abdomen. — La surface abdominale doit être d'abord examinée avec soin ; toute tumeur doit être décrite sous le rapport de son aspect, de son volume, de sa densité,

de sa couleur, de sa mobilité, et de son siége. Les rides de l'abdomen chez les femmes, les plicatures des aines, les gerçures de la peau, les marbrures connues sous le nom de chèvres sont autant d'indices dont il faut signaler l'existence. — On referme la poitrine en rejetant en haut le sternum et la peau qui avaient été abaissés. — On pratique la section des parois abdominales, dans toute leur circonférence inférieure, en longeant l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des îles et les branches du pubis; on relève ce large lambeau qui comprend toute la paroi antérieure de l'abdomen, en sorte que, de cette manière, le diaphragme est conservé dans son intégrité; il n'existe pas de communication entre la cavité de la poitrine et celle de l'abdomen, et l'on ne craint pas les mélanges des fluides qui peuvent être contenus dans ces deux cavités, ce qui aurait eu lieu si l'on avait prolongé les sections prescrites pour l'ouverture de la poitrine. On examine ensuite les divers organes qui sont renfermés dans le ventre, en passant successivement en revue l'estomac, les épiploons, les intestins, le mésentère, le foie, la rate, les reins, la vessie, la matrice et ses annexes chez la femme, et les organes génitaux chez l'homme. L'exploration des organes de la génération ne peut être faite avec soin qu'en pratiquant la section des branches horizontales du pubis et des branches ascendantes de l'ischion; et en renversant en bas le pubis, afin de mettre à nu la vessie, la matrice, les ovaires, les testicules, la prostate et le rectum. Il ne faut point omettre d'explorer les organes génitaux, non seulement sous le rapport des altérations qu'ils présentent, mais encore sous celui de leurs vices de conformation.

Examen des membres. — Des incisions profondes doivent être pratiquées dans l'épaisseur des membres pour rechercher dans les muscles, les ecchymoses et même les épanchements sanguins ou purulents qu'ils renferment quelquefois.

Examen du rachis. — On retourne le cadavre sur le ventre; on met sous la poitrine, et principalement sous l'abdomen, un pavé, un billot, de manière à faire saillir la colonne vertébrale. On pratique des incisions nombreuses dans toute la surface du dos, afin de pouvoir constater les lésions qui pourraient y

exister, et aussi pour reconnaître les lividités et vergetures cadavériques. Faisant alors deux incisions qui, partant de l'occiput, longent les gouttières vertébrales jusqu'au sacrum, on découvre le rachis par des dissections faites à droite et à gauche, qui ont pour but d'enlever les muscles des gouttières vertébrales. Alors, soit à l'aide d'un trait de scie courbe, pratiqué de chaque côté sur les lames postérieures des vertèbres et le plus près possible des apophyses transverses, soit avec un rachitôme ou une scie à deux lames qui produisent le même résultat, on enlève toute la partie postérieure des vertèbres, et l'on met la moelle à nu. Il ne reste plus qu'à inciser le prolongement de la dure-mère, qui enveloppe cet organe, pour examiner l'état de la cavité de l'arachnoïde et l'extérieur de la moelle; fendre celle-ci sur place, ou couper les racines antérieures et postérieures des nerfs pour l'enlever et l'examiner au dehors du canal rachidien.

Enfin, on procède à la rédaction du rapport en présence des magistrats, qui peuvent en exiger la rédaction, au moins en ce qui concerne la description des faits; car le médecin peut transmettre plus tard les conclusions qu'il aura postérieurement prises dans le silence du cabinet. Il ne faut jamais qu'il fasse part au juge des impressions qu'il reçoit de la part de tel ou tel fait observé, et des conséquences auxquelles ils pourraient conduire. En agissant contrairement à ce principe, sur lequel nous avons déjà appelé l'attention, il aurait souvent occasion de se contredire, par la découverte subséquente de faits nouveaux, qui viendraient modifier entièrement les conséquences du premier. Le magistrat présent peut et doit tout voir, mais le médecin n'est pas tenu de satisfaire à ses questions.

L'autopsie terminée, le rapport rédigé et les conclusions prises, ou à prendre, le procès-verbal, dressé par les magistrats, est signé par toutes les personnes présentes à l'autopsie. Nous ne saurions trop recommander le secret des faits observés, jusqu'au moment où la partie de la procédure qui constitue l'instruction est terminée. (Voy. pour la forme et la rédaction du rapport, page 18 et suivantes.)

CHAPITRE IX.

DES EXHUMATIONS JUDICIAIRES ET DE LEUR UTILITÉ.

Législation.

C. inst. crim., art. 32. — Dans tous les cas de flagrant délit, lorsque le fait sera de nature à entraîner une peine afflictive ou infamante, le procureur du roi *se transportera sur le lieu, sans aucun retard*, pour y dresser les procès-verbaux nécessaires *à l'effet de constater le corps du délit, son état,* l'état des lieux, et pour recevoir les déclarations des personnes qui auraient été présentes ou qui auraient des renseignements à donner. — Le procureur du roi donnera avis de son transport au juge d'instruction, sans être toutefois tenu de l'attendre pour procéder, ainsi qu'il est dit au présent chapitre.

C. inst. crim., art. 59. — Le juge d'instruction, dans tous les cas réputés flagrant délit, peut faire directement et par lui-même tous les actes attribués au procureur du roi, en se conformant aux règles établies au chapitre des procureurs du roi et de leurs substituts. Le juge d'instruction peut requérir la présence du procureur du roi, sans aucun retard néanmoins des opérations prescrites dans ledit chapitre.

C. inst. crim., art. 44. — S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue, le procureur du roi se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Les articles que je viens de citer donnent aux procureurs du roi et aux juges d'instruction le droit de se transporter dans tous les lieux où peut se trouver le corps du délit, à l'effet de procéder à son examen et de constater ou faire constater son état.

C'est donc en vertu de ces deux articles que l'exhumation d'un cadavre est ordonnée et opérée. Mais elle exige la présence, ou du procureur du roi, ou du juge d'instruction. Néanmoins, un officier auxiliaire de la police judiciaire en est quelquefois chargé.

Elle ne peut pas avoir lieu sur une simple ordonnance du procureur du roi ou du juge d'instruction, lorsqu'il s'agit d'un flagrant délit; il n'en est pas ainsi lorsque l'exhumation doit être opérée dans un tout autre but, comme celui du déplacement d'un corps, ou d'une ouverture à faire dans un but scientifique; alors le procureur du roi et le préfet de police autorisent purement et simplement l'exhumation. Un médecin ne peut ouvrir un corps sans le consentement des parents. Lorsque ceux-ci se refusent à cette opération, l'exhumation ne peut être autorisée par qui que ce soit.

Un médecin se rendrait coupable si, emporté par son amour pour la science, il faisait faire une exhumation sans autorisation. Cet acte pourrait être considéré comme une violation de tombeaux et puni comme tel, en vertu de l'art. 360 du Code pénal ainsi conçu :

« Sera puni d'un emprisonnement de trois mois à un an, et de seize

à deux cents francs d'amende, quiconque se sera rendu coupable de violation de tombeaux ou de sépultures, sans préjudice des peines contre les crimes ou les délits qui seraient joints à celui-ci. »

Utilité des exhumations judiciaires. — L'utilité des exhumations judiciaires n'a été généralement bien sentie que depuis quelques années. En 1823, une analyse, heureusement entreprise et heureusement terminée, sur le cadavre de Boursier, inhumé depuis trente-deux jours, mit sur la voie; il donna à M. Orfila l'idée de rechercher jusqu'à quel point on pourrait retrouver les poisons, lors même qu'ils auraient été depuis long-temps sous l'influence de la putréfaction. Depuis cette époque, on n'a pas hésité à rechercher les substances vénéneuses, même après un laps de temps considérable écoulé depuis l'inhumation. C'est ainsi que MM. Idt et Ozanam de Lyon ont constaté la présence de l'acide arsénieux, après sept ans de séjour dans la terre. Aujourd'hui, le médecin serait blâmable s'il s'opposait à une exhumation, par ce fait seul, que le temps écoulé depuis l'inhumation a dû faire disparaître les traces du crime. Il ne faut cependant pas exagérer l'utilité de ces recherches. C'est principalement dans les cas d'empoisonnement par les substances métalliques, qu'elles conduisent à des résultats plus certains; parce que si l'on peut parvenir à recueillir des débris du canal digestif, on doit y retrouver le métal qui formait la base du poison. M. Orfila pense même que l'on peut encore atteindre ce but, lorsqu'il ne reste plus du canal intestinal que quelques détritus ou une sorte de cambouis sur les côtés de la colonne vertébrale. — Quand des blessures ont été faites et qu'elles ont intéressé des os, on peut aussi en constater les traces; mais alors il s'élève le plus souvent la question de savoir, si la blessure a été faite pendant la vie ou après la mort? Ce qui caractérise une blessure faite pendant la vie, n'est pas tant la division des parties, opérée par l'instrument vulnérant, que les effets vitaux de cette division. Or, ces effets, qui consistent en général dans un écoulement de sang plus ou moins grand; une injection inflammatoire des organes; une rougeur, une tuméfaction de la partie blessée, etc., disparaissent sous l'influence de la putréfaction,

ou bien viennent se confondre avec des phénomènes putrides. Néanmoins, c'est une forte présomption acquise par l'instruction, quand des traces d'une solution de continuité extistent sur le cadavre. Observons qu'une exhumation n'est jamais entreprise sans que la clameur publique n'ait élevé des soupçons sur la cause de la mort. Cette cause est spécifiée; c'est dans le but d'arriver à la constater matériellement que l'exhumation est faite; par conséquent, si les traces de blessures coïncident avec la cause indiquée, elles deviennent une présomption bien forte en faveur d'un corps de délit. — Les solutions de continuité des os persistent malgré la putréfaction; ce seront donc celles des blessures que l'on pourra constater plus tard. Mais il arrivera souvent qu'une plaie pénétrante de la poitrine sera reconnue après plusieurs mois écoulés depuis le décès, à cause des épanchements de sang qui accompagnent très fréquemment ces lésions. — Nous signalerons aussi les déchirures de troncs vasculaires à la suite de coups ou de chutes; les déchirures du foie, de la rate; la destruction d'un œil; les coups de feu avec des armes chargées à balles, et principalement ceux qui ont été tirés à bout portant; les déchirures de muscles et quelques autres lésions. Il n'en pourrait pas toujours être de même des violences qui n'entraîneraient pas de solutions de continuité très marquées, les contusions, par exemple. Il arrive une époque où non seulement la putréfaction fait naître des altérations du même genre, mais encore, où elle fait disparaître celles qui existaient.

Dans les cas de suspension, et, à plus forte raison, dans ceux par strangulation, une exhumation peut faire retrouver le lien encore appliqué autour du cou; si le lien n'existe pas, il est possible que la trace celluleuse argentine, qui dénote son application, se rencontre encore. — Les exhumations seront une faible ressource dans les cas de mort par submersion, pour peu que la putréfaction soit avancée; car les signes qui dénotent que l'individu a été jeté vivant dans l'eau disparaissent très vite. Nous avons eu occasion d'en faire trois dans ce but, et le résultat a été tout-à-fait négatif; mais il n'en est pas de même, quand il y a lieu de penser que des violences

ou des blessures ont été exercées sur l'individu avant de le jeter à l'eau.

Les exhumations sont souvent très utiles en matière d'infanticide. Il résulte en effet des expériences de Camper, Pyl, M. Orfila et des miennes, que les poumons des enfants nouveaux-nés résistent pendant plus long-temps que les autres organes à la putréfaction, et que par conséquent il est encore possible de déterminer s'ils appartiennent à un enfant qui a respiré ou qui n'a pas respiré, quoiqu'un certain laps de temps se soit écoulé depuis la mort. Depuis la publication de mon mémoire *sur ce sujet* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. IV, 193), j'ai cherché à me rendre compte de ce résultat remarquable. Je crois en reconnaître aujourd'hui la cause. Je pense que la putréfaction n'est tardive pour les poumons des nouveaux-nés, qu'autant qu'ils n'ont pas servi à la respiration, et qu'elle ne doit pas être beaucoup plus lente lorsque l'air a pénétré dans les cellules du tissu pulmonaire. Ce serait à la texture charnue de ces organes avant la respiration qu'il faudrait attribuer cette différence. Ce n'est qu'une opinion non étayée de faits directs, mais je crois que les expériences viendraient à l'appui.

La putréfaction amène peu d'obstacles à la détermination de l'âge du fœtus dans beaucoup de circonstances; ainsi, sous ce double rapport, une exhumation peut être utile en matière d'infanticide. — Nous ne saurions trop prémunir les médecins contre une source d'erreurs qui se trouve dans la saponification du cou des enfants putréfiés. Le pli de flexion de la tête sur la poitrine est très prononcé et tout-à-fait dépourvu de tissu cellulaire graisseux, tandis que la peau qui l'avoisine en est tapissée dans une grande proportion. Quand la saponification survient, la peau qui borde le repli constitue deux bourrelets très saillants; en sorte que l'on est porté à penser que le cou a été déprimé par la constriction apportée sur cette partie au moyen d'un lien circulaire. Je note ce fait parce que j'ai vu beaucoup de médecins commettre cette méprise, et qu'il m'a fallu bien apprécier la disposition des parties et m'en rendre compte pour ne pas commettre la même erreur.—Relativement

aux blessures que pourrait présenter l'enfant, et qui établiraient le corps de délit d'infanticide par commission, j'avoue que dans beaucoup de cas la putréfaction en aura considérablement diminué les traces, si même elle ne les a pas fait disparaître; néanmoins comme, dans la plupart des cas d'infanticide, une mère ne se sert pas d'instrument tranchant pour détruire son enfant, cette circonstance se présentera encore moins souvent qu'on ne serait porté à le penser.

Les exhumations peuvent aussi être utiles dans les cas d'avortement ou d'accouchement. Si, par exemple, la femme a succombé à une métrite, ou à une métro-péritonite aiguë survenues à la suite de manœuvres pratiquées par des sages-femmes coupables, ne sera-t-il pas possible de reconnaître encore les traces des perforations opérées sur les parois de l'utérus? Certes, tous ces faits seront subordonnés au temps écoulé depuis la mort; mais, encore une fois, le médecin serait blâmable de ne pas se livrer à des recherches de ce genre, à cause de l'état avancé de la putréfaction.

Les exhumations judiciaires ont été entreprises avec succès même après six ou douze ans d'inhumation, ainsi que le prouve l'assassinat constaté de la rue de Vaugirard (Bastien et Robert inculpés; voir les *Annales d'hyg. et de méd. lég.*, tome XI). Ici il ne s'agissait que de reconnaître, dans un lieu donné, la trace des cadavres que l'on supposait y avoir été inhumés, et d'éclairer la question d'identité. Quand le corps est arrivé à l'état de squelette, et que les os même sont désarticulés, disséminés dans la terre, on a grand intérêt à déterminer le sexe auquel ils appartiennent, et la taille des individus qu'ils concouraient à former; aussi, en parlant des précautions à prendre dans les exhumations, allons-nous relater les documents propres à éclaircir ces diverses circonstances.

Danger des exhumations judiciaires. — Dans son Traité sur les exhumations juridiques, M. Orfila a soulevé cette question, et l'a résolue d'une manière presque négative dans la plupart des cas. Après avoir extrait des ouvrages de Ramazzini (Maladies des artisans, 1777), de Vicq-d'Azyr (Essai sur les lieux et les dangers des sépultures), de Raulin (Observations de méde-

cine, par Joseph Raulin, 1754), de Haguenot (Mémoire lu à la Société de Montpellier, déc. 1746), de Navier (Réflexions sur les dangers des exhumations, 1775), de Maret (Journal encyclopédique, septembre 1773), de l'abbé Rozier (Observations physiques, 1773), de Haller et de quelques autres sources, des faits dans lesquels il paraît constant que des fouilles faites dans des églises, des fosses communes ou des fosses particulières, ont, non seulement développé des maladies mortelles pour un grand nombre de personnes, mais encore produit des morts subites par asphyxie, M. Orfila fait sentir qu'il y a tout lieu de croire qu'il faut attribuer à d'autres causes ces espèces d'épidémies, si dangereuses pour toutes les personnes qui ont été soumises en même temps au même genre d'infection. « Les observations qui précèdent, dit-il, ne nous semblent pas *toutes* propres à prouver les dangers des exhumations. Il en est en effet qui nous paraissent apocryphes; d'autres offrent des détails évidemment exagérés, et les accidents graves qui y sont mentionnés ne sauraient être attribués aux exhalaisons putrides. Comment en effet supposer une action aussi malfaisante aux émanations dégagées par un cadavre enterré dans une fosse particulière, lorsque dans notre travail, ni les fossoyeurs, ni deux ou trois élèves qui nous assistaient, ni nous-même, nous n'avons jamais éprouvé d'incommodité notable, quoique les exhumations aient été nombreuses et faites sans prendre aucune précaution, aux diverses époques de la putréfaction et souvent au milieu des plus grandes chaleurs? »

Voici comment s'exprime Fodéré à ce sujet : « Les effets de la mort, manifestés aussitôt que l'action vitale a cessé, augmentent en raison du temps qui s'est écoulé depuis cette cessation, et suivant la nature de la maladie et de la lésion sous lesquelles l'individu a succombé; bientôt tout est confondu; et sans compter que, lorsque la putréfaction est avancée, les gens de l'art ne peuvent être obligés à un examen qui serait autant dangereux pour leur vie qu'inutile pour les éclaircissements que l'on veut obtenir, etc. » (*Traité de médecine légale*, t. III, page 71, 1813.)

Après avoir extrait, comme M. Orfila, des auteurs que je

viens de citer plus haut, les mêmes faits, M. Marc s'exprime ainsi (*Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XIV, page 190) : « Il m'eût été facile d'augmenter le nombre de ces exemples, si ceux que l'on vient de lire n'étaient pas plus que suffisants pour prouver les dangers auxquels peuvent exposer les inhumations entreprises sans aucune des précautions qui seront le sujet de cet article. »

Il est difficile de concilier des opinions aussi opposées. Je suis porté à croire que M. Orfila, dominé par l'importance que l'on doit attacher aux exhumations judiciaires, a porté un peu loin leur innocuité. Il est peu de médecins, en effet, qui résoudraient la question dans ce sens, en présence des faits rapportés par les auteurs où M. Orfila a puisé, et dont les noms sont aussi recommandables. Lorsque M. Orfila a fait faire ses exhumations, il les a sans doute dirigées avec toute la prudence qu'exigeaient de pareilles recherches, et c'est à des précautions bien entendues, à son égard et à celui des personnes qui l'assistaient, que sont dus les bons résultats qu'il a obtenus. Nous avons fait des exhumations judiciaires, et nous devons déclarer que l'une d'elles nous a rendu malade, ainsi que M. le docteur Piédagnel, qui procédait avec nous à l'autopsie. Cependant, nous étions placés sous un hangard élevé au-dessus du sol, où il existait une grande ventilation, et nous avions employé une suffisante quantité de chlorure de chaux. M. Piédagnel fut retenu six semaines à la chambre. Il y a donc du danger quand on exhume un cadavre, et cette opération ne peut pas être considérée comme incapable de porter atteinte à la santé. On peut éviter ces dangers, mais on n'en reçoit pas moins une influence plus ou moins désagréable et quelquefois dangereuse.

Les dangers ne sont pas les mêmes pendant toute l'exhumation et dans tous les temps de cette opération. Ils sont : 1° en raison du nombre de cadavres que l'on met à découvert ; ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, il y a plus d'inconvénients à faire une exhumation d'une fosse commune que d'une fosse particulière ; 2° en raison de l'époque de l'inhumation ; ici il y a des distinctions à établir. Si le cadavre est dans la période de putréfaction gazeuse, et que, par une cause quelconque, une

grande quantité de gaz soit tout-à-coup mise à nu, l'asphyxie peut en être la conséquence. On a vu des exemples de fossoyeurs qui ont été asphyxiés au moment où ils donnaient un coup de pioche qui ouvrait l'abdomen distendu par des gaz. — Si le cadavre est inhumé depuis long-temps, toute la terre ambiante est imprégnée d'une odeur fétide, pénétrante, qui impressionne fortement l'odorat ; et comme le travail propre au déplacement de la terre est long, les individus qui respirent cette odeur peuvent en être influencés à un degré plus ou moins élevé. Certes, des fossoyeurs qui ont l'habitude de respirer des gaz fétides seront rarement incommodés par une exhumation ; mais la personne qui, pour la première fois, procédera à une opération de ce genre, en éprouvera tous les effets fâcheux. 3° En raison de la saison. En hiver, par exemple, les exhumations offrent, en général, peu de danger ; en été, au contraire, elles peuvent devenir très funestes. En un mot, toutes les conditions favorables au développement de la putréfaction concourent aussi au développement des accidents. On ne saurait donc prendre trop de précautions dans une opération de ce genre. Ce n'est pas à dire qu'une exhumation ne puisse pas être faite à cause des dangers qu'elle ferait courir ; car nous nous hâtons de déclarer que nous ne connaissons pas d'exhumation dont on ne puisse éviter les dangers ; c'est dire seulement qu'il faut employer des moyens pour s'en garantir. Nombre de fouilles ont été faites dans les cimetières sans qu'il en soit résulté des inconvénients pour les fossoyeurs prudents et qui consentaient à se soumettre aux mesures de salubrité qui étaient conseillées ; tandis que ceux qui s'en écartaient, couraient les chances d'une asphyxie quelquefois mortelle ; c'est ce qui est arrivé à trois personnes pendant les fouilles du cimetière des Innocents, à Paris. Pendant la révolution de juillet 1830, un grand nombre de morts furent entassés dans les caveaux de l'église Saint-Eustache, à Paris. Ils y sont restés pendant dix-huit jours au milieu des chaleurs les plus fortes de l'année ; leur extraction a été faite à cette époque sans qu'aucun ouvrier ait éprouvé la moindre indisposition, mais cette exhumation avait été pratiquée avec toutes les mesures nécessaires de salubrité.

En résumé, une exhumation faite sans précaution peut être dangereuse : elle n'offre pas d'inconvénients, alors qu'elle est environnée de mesures hygiéniques convenables.

De la manière de procéder aux exhumations judiciaires, et des précautions à prendre pour les effectuer sans danger. — 1° Ne jamais procéder à cette opération alors qu'on est à jeun ; prendre même une petite quantité de liqueur spiritueuse ; 2° faire l'exhumation de grand matin en été ; la chaleur du jour et celle du soir augmentant beaucoup le dégagement des gaz infects et l'impression qu'ils déterminent ; 3° se munir d'éponges, de linges, d'eau, et de trois ou quatre livres de chlorure de chaux *solide ;* mettre une livre de ce chlorure dans deux seaux d'eau environ, ou une once pour deux pintes de liquide ; agiter pour opérer le mélange et la dissolution ; 4° faire préparer une table large dans un lieu plus élevé que le sol, si cela est possible, et placée dans un grand courant d'air ; 5° faire procéder rapidement à l'enlèvement de la terre de la fosse, en se servant d'hommes qui se relayent fréquemment ; quand la bière est mise à nu, on répand à sa surface, sans l'ouvrir, une livre de chlorure de chaux qui permet aux fossoyeurs de la déblayer et de passer leurs cordes pour procéder à son enlèvement ; 6° faire ouvrir la bière auprès de la fosse ; en retirer le corps et le laisser exposé à l'air pendant un quart d'heure ou vingt minutes ; 7° le placer sur la table et répandre *autour du corps* du chlorure de chaux solide, de manière à en employer une demi-livre environ ; ce chlorure sera remplacé trois ou quatre fois pendant l'ouverture. Les proportions de chlorure paraîtront peut-être bien fortes, eu égard à celles qui ont été conseillées par M. Orfila, dans son *Traité sur les exhumations juridiques :* quelques onces de *chlorure en dissolution.* Nous regardons cette proportion comme étant beaucoup trop faible et de nul effet, à l'égard de l'infection de la presque totalité des corps, quand on les sort de la terre ; 8° procéder à l'autopsie, et, pendant le cours de cette opération, se laver très fréquemment les mains dans la dissolution de chlorure de chaux préparée à cet effet ; 9° durant l'autopsie, avoir le soin d'opérer

en se plaçant dans la direction du courant d'air, et non pas contre le courant.

Telles sont les précautions qu'il faut prendre pour se prémunir contre les dangers de l'exhumation d'un cadavre putréfié que l'on retire d'une fosse particulière. Il est fâcheux que dans les cimetières, et surtout dans ceux des grandes villes, il n'existe pas de local affecté aux autopsies. Les recherches y seraient plus exactes, parce que les médecins n'auraient pas sans cesse à lutter contre une infection pénible, au milieu de laquelle les investigations ne sont pas toujours faites avec cette lenteur qui est propre à l'observation minutieuse. Dans les exhumations judiciaires qui sont journellement faites, on manque de tous les moyens de propreté ; on a fort peu d'eau à sa disposition, pas d'éponges, pas de linge, rien, en un mot, de ce qui peut rendre ces opérations un peu moins dégoûtantes.

Si l'exhumation d'un corps d'une fosse particulière exige ces précautions, il faut nécessairement les multiplier quand il s'agit d'extraire un corps d'une fosse commune. Les fosses communes sont de deux espèces : ou elles ont leur plus grande étendue en profondeur, ou, au contraire, elles sont disposées sous la forme de tranchées dont la longueur en constitue la dimension la plus considérable. Les premières sont rares aujourd'hui ; l'exhumation des corps y est plus dangereuse que dans les secondes. En effet, les émanations putrides forment, dans la profondeur de la fosse, une atmosphère infecte qui est plus ou moins nuisible. C'est alors qu'il ne faut pas hésiter à projeter de temps en temps du chlorure de chaux en poudre, au fur et à mesure de l'ablation des couches terreuses, et encore ce moyen est-il bien peu efficace, eu égard aux foyers d'infection. On a essayé il y a quelques années l'emploi du charbon provenant de la tourbe. M. Barruel m'a assuré en avoir obtenu de bons effets ; il en a fallu six ou sept livres pour opérer la désinfection d'un corps. Mais ce moyen doit être en général rejeté, parce que, pour être employé avec succès, il faut qu'il recouvre les parties qu'il doit désinfecter, et par conséquent il altère toujours l'aspect extérieur du cadavre. Cependant on pourrait s'en servir pour recouvrir les

corps que l'on est obligé de déplacer, afin d'arriver à celui dont l'exhumation judiciaire doit être faite. Le noir animal, préparé par M. Payen pour la vidange des fosses d'aisance, serait encore très propre à cet usage. Le chlorure de chaux, au contraire, désinfecte à distance, et nous ne l'aurions pas conseillé s'il n'avait cette propriété. Nous nous sommes bien gardés de proposer des aspersions avec de l'eau chlorurée sur le corps, parce que cette liqueur change entièrement la couleur de tous les tissus, modifie des altérations dont on doit noter l'aspect, l'étendue et la nature. — Toutefois, on aurait tort d'accorder une trop grande confiance au chlorure comme moyen désinfectant. Sa valeur n'est toujours que relative, et il est des cas où ce moyen devient insuffisant à cause de la production d'une masse considérable de gaz infects. Dans d'autres circonstances, il modifie l'odeur putride de telle manière que celle-ci est remplacée par une odeur nouvelle presque aussi infecte que la première; c'est ce que nous avons souvent observé pour les noyés. Nous pensons donc que le moyen de M. Labarraque n'atteint pas *aussi complétement* le but qu'on l'a dit et répété jusqu'alors; nous ne prétendons pas ici mettre en doute sa propriété désinfectante, mais elle a des limites que nous avons dû faire connaître. — On pourrait encore descendre dans les fosses profondes un fourneau allumé, de manière à établir un courant d'air pendant toute la durée de l'opération.

Les cadavres doivent être enlevés et transportés loin de la fosse commune ; en se bornant à les déplacer, et en les conservant tout près des travailleurs, on accumule des foyers d'infection d'autant plus puissants, qu'ils sont exposés à l'air libre, et qu'il va s'en dégager une odeur que la terre tenait enfermée auparavant.

Toutefois, ces opérations sont encore moins dangereuses que les exhumations que l'on pratique dans les caveaux souterrains comme ceux des églises. Ici il faut prendre les mêmes précautions que celles qui sont mises en usage pour le curage des égouts. Ces opérations sont faites ordinairement dans le but de transférer dans un cimetière un grand nombre de corps; aussi l'ensemble des moyens qu'il faut se procurer pour amener

cette opération à bien est-il assez considérable. C'est le plus souvent la nuit que l'on procède à cette opération, pour la soustraire aux regards du peuple, avide de ce qui est extraordinaire. On se procurera 1° des voitures en suffisante quantité; 2° des torches; 3° quarante à cinquante livres de chlorure de chaux; 4° de la toile propre à former des serpillières; 5° de la ficelle pour fermer les serpillières; 6° des cordes fortes et longues, capables de supporter le poids d'un homme; 7° des sangles attachées à ces cordes; 8° plusieurs baquets; 9° une pompe; 10° plusieurs tonneaux d'eau; 11° un fourneau d'appel très large; 12° une manche à vent, si l'on en a à sa disposition; 13° du vin, de l'eau-de-vie, des éponges, du vinaigre; 14° un nombre suffisant d'ouvriers pour opérer rapidement.

On commence par s'enquérir du trajet souterrain parcouru par les caveaux, ainsi que des diverses issues qu'ils peuvent avoir. S'il n'existe qu'une ouverture d'entrée, et qu'il soit possible d'en pratiquer une seconde dans le point le plus opposé, alors on fait enlever une dalle et creuser jusqu'à la cavité du caveau, en ayant le soin de faire pratiquer cette opération avec des outils dont les manches aient le plus de longueur possible, afin que les ouvriers ne soient pas exposés aux émanations qui pourraient provenir de la terre, imprégnée d'une odeur putride. On place sur cette ouverture un fourneau d'appel ayant son tirage dans la cavité souterraine, et ne présentant pas par conséquent d'ouverture qui puisse donner accès à l'air extérieur pour alimenter la combustion. On fait ouvrir la porte d'entrée, et l'on entretient ainsi un appel pendant un temps qui varie suivant les dimensions connues du caveau. On s'assure qu'il s'effectue un tirage en approchant de l'ouverture d'entrée une torche allumée; le tirage imprime à la flamme une déviation qui dénote l'appel. S'il n'existe pas deux ouvertures, et s'il n'est pas possible d'en pratiquer une seconde, il faut alors se servir de la manche à vent, sorte de cylindre conique en toile, dans l'intérieur duquel sont placés des cerceaux à une distance d'un pied et demi à deux pieds, pour empêcher l'affaissement de ses parois. L'extrémité la plus large est adaptée à la circonférence de l'ouverture d'entrée du caveau; l'autre se

rend dans le cendrier d'un fourneau, et du moment que le charbon est en ignition, le foyer ne peut s'alimenter que par l'air de la cave sépulcrale.

Cette première opération faite, il faut jeter du chlorure de chaux en poudre sur la plus grande partie possible du sol du sépulcre, sans toutefois y pénétrer. — Alors on y descend, à l'aide de cordes, une torche, de l'étoupe, un réchaud allumé, et l'on observe si la combustion de ces corps s'entretient bien. — On attache une sangle autour de la poitrine d'un travailleur, de manière à ce qu'elle soit placée sous les aisselles. Une corde fixée à cette sangle est confiée à un ouvrier intelligent, placé en dehors du caveau. L'ouvrier qui pénètre dans l'intérieur du sépulcre est muni d'une sonnette, et peut ainsi avertir lorsqu'il court des dangers.

Avant de le faire descendre, on a eu soin de lui faire laver les mains dans du chlorure de chaux en dissolution; on peut même suspendre sur sa poitrine un sachet de cette substance; et toutes ces précautions sont prises à l'égard des personnes qui descendent successivement. Si l'on a pu pratiquer une contre-ouverture, il est bon d'y entretenir une faible quantité de combustible en ignition, afin de faire appel de l'ouverture d'entrée à celle de sortie, et d'entraîner ainsi les gaz infects au fur et à mesure de leur dégagement, lors du déplacement de la terre, et à plus forte raison des corps; toutefois il y aurait des inconvénients à opérer un courant trop fort qui amènerait des accidents à raison de sa fraîcheur et de son humidité. — Les ouvriers doivent être fréquemment renouvelés. — Quand on arrive aux cadavres, il faut les déplacer un à un; les envelopper immédiatement d'une serpillière imbibée de chlorure de chaux; fixer la serpillière à la tête, aux pieds et au milieu du corps; puis attacher une corde pour enlever immédiatement le cadavre et le transporter dans une voiture, en projetant sur chaque cadavre du chlorure de chaux en poudre. C'est en prenant toutes ces mesures d'hygiène que l'on conduit une exhumation même considérable jusqu'à sa fin, sans altérer la santé des personnes qui sont chargées de la mettre à exécution. — Du vin et parfois de l'eau-de-vie doivent être donnés aux tra-

vailleurs. Il ne faudrait pas qu'ils fissent abus des liqueurs spiritueuses, car il paraît résulter des observations que l'on possède à cet égard, que l'ivresse est une des conditions les plus favorables à l'asphyxie.

De la manière de diriger une exhumation judiciaire, alors que le temps écoulé depuis l'inhumation fait présumer que le cadavre est réduit à l'état de squelette. — Ici les précautions hygiéniques sont nulles ou presque nulles, et par conséquent c'est seulement de la meilleure marche à suivre, pour ne pas perdre ou déranger les os, dont nous voulons parler. 1° Règle générale, il ne faut jamais faire de fouilles sur l'endroit même où l'on soupçonne l'existence des débris du cadavre. C'est toujours à douze ou quinze pieds au-delà que l'on doit placer les travailleurs, ou beaucoup plus près si l'on est sûr du point du sol où siége le corps. 2° On leur fait ouvrir une tranchée de quinze à vingt pieds de large sur quatre pieds et demi à cinq pieds de profondeur ; au fur et à mesure que la tranchée est ouverte, on tient compte de la nature du terrain, afin de voir si l'on n'arriverait pas à des mélanges de terre différente, ce qui fournirait des indices puissants sur l'existence d'une fosse pratiquée précédemment. 3° Quand on est arrivé à des ossements, on fait suspendre le travail dans ce point pour le reprendre du côté opposé, de manière à limiter la partie où se trouvent les restes du cadavre. 4° On note avec soin la nature des couches de terre qui recouvrent le corps, et on les compare avec celles qui constituent le terrain environnant. 5° On découvre alors peu à peu le cadavre, et quand on est arrivé à un pied près du lieu où on a trouvé le premier os, alors on fait passer à travers une claie fine toute la terre que l'on enlève. De cette manière, on peut recueillir tous les petits os, les débris des parties molles, les ongles même ; c'est là le seul moyen de réunir toutes les parties d'un squelette. Dans l'affaire Bastien et Robert, on a pu obtenir même jusqu'aux phalangettes. 6° Quand il existe quelque excavation au-dessus du cadavre, il faut tâcher d'enlever l'espèce de pont formé au-dessus de lui par la terre, afin d'apprécier la situation du corps. 7° Au fur et à mesure que chaque os se présente, on en prend note, ce

qui conduit à indiquer dans quelle direction la tête et les pieds se trouvaient placés. 8° Il faut de plus faire attention à la profondeur respective de chaque os ; on en tire la conséquence du mode de l'introduction du cadavre dans la fosse, et de la manière dont cette fosse avait été creusée. 9° Si, comme dans l'affaire que je viens de citer, il existe encore quelques débris de lien autour de la colonne vertébrale, on en conserve avec soin la disposition comme une pièce à conviction très importante. 10° On recueille une certaine quantité de couche de terre ou de toute autre matière différente du terrain dans lequel le corps est placé, pour être soumise à l'analyse. 11° On rassemble ensuite tous les os, après les avoir mesurés ; on réunit ensuite la somme de ces longueurs pour avoir celle du corps, d'après les tableaux que nous allons donner ; mais il est bien préférable de déduire cette mesure de la juxtaposition des os lorsque cela est possible. 12° On prend note de la configuration des os ; de l'ossification des épiphyses ; de la présence ou de l'absence de la suture des deux portions qui forment le coronal ; des engrenures plus ou moins prononcées des autres sutures ; de l'ossification de la suture temporale ou mastoïdienne ; de l'épaisseur des os du crâne ; de la disparition du diploé, de l'état lisse ou bosselé de la surface de ces os ; du nombre des dents, de leur usure, et principalement de celle des incisives supérieures et inférieures ; de la hauteur du corps de la mâchoire inférieure ; de la forme de la totalité de la colonne vertébrale et de celle de ses courbures ; de l'ossification des petites et des grandes cornes de l'os hyoïde, de l'excavation du bassin ; de la largeur de ses divers détroits ; de la forme des trous ovalaires ; de celle de l'arcade sous-pubienne ; de la courbure des os des extrémités inférieures ; en un mot, on pénètre dans tous les détails de la squelettologie, afin d'arriver à fournir au magistrat le plus de renseignements possibles.

Souvent il est nécessaire de conserver certaines parties du cadavre qui constituent des pièces à conviction. Il n'est pas utile de leur faire subir aucune préparation, quand le corps est arrivé à cette époque avancée de la putréfaction ; il suffit alors de les mettre à l'abri du contact de l'air en les enfermant dans

une cage de verre exactement luttée. Dans une circonstance de ce genre, MM. Barruel et Chevalier ont placé dans le bain-marie d'un alambic un support, sur lequel étaient les vertèbres cervicales et la clavicule droite, entourée d'une corde, ainsi que des ongles, et les ont soumis à la température de 100+0 fournie par l'eau de la cucurbite ; ils ont recouvert l'alambic d'un canevas et prolongé cette température pendant six heures ; après quoi, ils les ont replacés sur le support, avec une capsule contenant du chlorure de calcium, et recouvert le tout avec une cage de verre hermétiquement fermée. Telles sont les données que j'ai cru devoir fournir pour ne pas laisser les experts étrangers à ces sortes d'opérations ; mais il est facile de sentir que ces détails sont fort incomplets, et qu'ils doivent être modifiés en raison des circonstances dans lesquelles on se trouve placé.

CHAPITRE X.

MOYENS DE DÉTERMINER LA TAILLE D'UNE PERSONNE LORSQU'UNE PORTION DU CORPS EST SEULE MISE A LA DISPOSITION DE L'EXPERT.

Des recherches de ce genre ont été entreprises, pour la première fois, par Sue (*Sur les proportions du squelette de l'homme*; t. II des *Mémoires présentés à l'Académie royale des Sciences*, année 1755). Elles l'ont conduit aux résultats suivants, qui, d'après la manière dont il s'exprime, semblent être la conséquence d'un grand nombre de recherches; il est vrai de dire qu'il n'en présente pas le détail, et que l'on ignore par conséquent si ce sont des moyennes résultant d'un travail très étendu et d'un grand nombre de mesures prises sur des sujets de différents âges. Ce travail offre, en outre, l'inconvénient de ne présenter que trois mesures relatives : celle du tronc et celle des membres supérieurs et inférieurs; en sorte qu'il faut nécessairement avoir à sa disposition la moitié du corps pour établir une évaluation approximative à peu près exacte.

	Pieds.	Pouc.	Lig.
Six semaines. . . .	»	»	16
Tronc.	»	»	7
Extrémités supérieures.	»	»	5
— inférieures.	»	»	4
Deux mois et demi. .	»	2	3
Tronc.	»	1	8
Extrémités supérieures.	»	»	9
— inférieures.	»	»	7
Trois mois.	»	3	»
Tronc.	»	2	1
Extrémités supérieures.	»	»	13
— inférieures.	»	»	11
Quatre mois. . . .	»	4	4 ½
Tronc.	»	2	11
Extrémités supérieures.	»	1	9
— inférieures.	»	1	5 ¼
Cinq mois.	»	6	6
Tronc.	»	4	4
Extrémités supérieures.	»	2	6
— inférieures.	»	2	2
Six mois.	»	9	»
Tronc.	»	5	8
Extrémités supérieures.	»	3	7
— inférieures.	»	3	4
Sept mois.	1	quelq.	lig.
Trone.	»	6	5 ½
Extrémités supérieures.	»	5	10
— inférieures.	»	5	9
Huit mois.	1	2	9 ½
Trone.	»	8	3 ¼
Extrémités supérieures.	»	6	8
— inférieures.	»	6	6

	Pieds.	Pouc.	Lig.		Pieds.	Pouc.	Lig.
Neuf mois.	1	6	»	Dix ans.	3	8	6
Tronc.	»	10	»	Tronc.	2	»	»
Extrémités supérieures.	»	8	»	Extrémités supérieures.	1	7	»
— inférieures.	»	8	»	— inférieures.	1	8	6
Un an.	1	10	6	Quatorze ans. . . .	4	7	»
Tronc.	»	13	6	Tronc.	2	4	»
Extrémités supérieures.	»	9	»	Extrémités supérieures.	2	»	6
— inférieures.	»	9	»	— inférieures.	2	3	»
Trois ans.	2	9 qq. l.		Vingt à vingt-cinq ans.	5	4	»
Tronc.	»	19	»	Tronc.	2	8	»
Extrémités supérieures.	»	14	»	Extrémités supérieures.	2	6	»
— inférieures.	»	14 qq. l.		— inférieures.	2	8	»

M. Orfila a voulu remplir le vide que Sue a laissé dans cette matière ; à cet effet, il a dressé un tableau de la mesure de cinquante-un cadavres pourvus de parties molles, et il a fait dresser un autre tableau par M. Chambroty, de la mesure de vingt squelettes. Il a noté l'étendue de la longueur du corps, de celle du vertex au pubis, de celle des extrémités supérieures, de celle des extrémités inférieures, du fémur, du tibia, du péroné, de l'humérus, du cubitus et du radius. Ce sont les deux tableaux que nous reproduisons ci-après. On voit que ces recherches ont été faites sur des sujets des deux sexes, depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à l'âge de soixante. Cinquante corps d'individus pourvus de leurs parties molles ont été explorés, et vingt squelettes ont été mesurés, soit dans leur totalité, soit dans leurs diverses parties. Dans le premier tableau, on compte quatre sujets de dix-huit ans, cinq de vingt à trente, dix-sept de trente à trente-cinq, huit de quarante à cinquante, six de cinquante à soixante, et dix de soixante à soixante-cinq, répartition assez inégale, comme on le voit. Il eût été à désirer qu'une moyenne eût pu être établie sur un même nombre égal de sujets pour une période de dix années.

TABLEAU N° 1, *indiquant la longueur relative des parties non dépourvues de chairs.*

SEXE.	AGE.	LONGUEUR du vertex à la plante des pieds.	LONGUEUR du vertex à la symphyse du pubis.	LONGUEUR des extrémités supérieures depuis l'acromion.	LONGUEUR des extrémités inférieures depuis la symphyse du pubis.	FÉMUR.	TIBIA.	PERONÉ.	HUMÉRUS.	CUBITUS.	RADIUS.
	ans.	met. cent.	cent.	centim.	centimetre.	cent	cent.	cent	cent.	cent	cent
Homme.	30	1 70	85	75	85	44	37	36	31	27	24
id.	35	1 73	86	78	87	46	37	36	32	26	23
id.	65	1 83	90	84	95	49	40	39	34	29	27
id.	60	1 69	83	72	86	44	36	35	31	26	24
id.	55	1 68	85	75	83	44	36	35	32	26	23
id.	35	1 73	86	78	87	46	37	36	32	26	24
id.	55	1 66	86	73	80	42	35	34	31	26	24
id.	60	1 58	78	72	80	41	35	34	30	25	23
id.	25	1 68	84	74	84	45	36	35	32	26	24
Femme.	35	1 60	79	74	81	40	35	34	31	25	23
Homme.	35	1 54	78	64	76	38	33	32	26	25	21
id.	40	1 53	77	70	76	42	34	33	30	24	22
id.	18	1 54	74	70	80	43	34	33	30	25	23
id.	35	1 70	84	78	86	44	38	37	32	28	25
id.	65	1 66	83	72	83	43	35	35	31	24	21
id.	60	1 67	85	75	82	42	35	34	30	26	23
id.	50	1 73	85	79	88	47	38	37	33	27	24
id.	35	1 63	82	71	81	43	35	34	31	25	22
id.	60	1 69	85	72	24	45	38	37	32	26	23
id.	35	1 70	86	72	84	45	38	37	32	26	24
Femme.	50	1 54	78	66	76	43	36	35	30	25	23
Homme.	45	1 66	83	77	83	46	38	37	32	27	25
id.	40	1 68	82	77	86	46	38	37	32	27	25
id.	25	1 69	84	72	85	46	37	36	32	27	25
id.	30	1 77	90	81	87	49	39	38	33	27	25
id.	25	1 78	91	77	87	48	40	39	33	27	25
id.	30	1 80	91	75	89	49	39	35	32	27	25
id.	59	1 64	80	76	84	45	27	36	32	26	24
id.	55	1 67	85	71	82	45	38	37	32	27	24
id.	40	1 86	96	82	90	49	40	39	34	29	26
id	30	1 74	84	81	90	48	39	38	34	29	26
Femme.	20	1 58	82	63	76	44	36	35	30	26	24
Homme.	60	1 66	85	75	81	45	37	36	31	27	24
id.	70	1 63	84	73	79	44	36	35	30	26	23
Femme.	18	1 54	79	67	75	42	35	34	30	24	21
Homme.	30	1 69	86	75	83	45	37	35	32	27	25
id.	35	1 79	90	78	89	47	39	38	32	28	26
id.	20	1 70	86	77	84	45	37	36	32	27	24
Femme.	60	1 55	78	69	75	43	35	34	29	24	21
Homme.	35	1 70	85	73	85	44	37	36	31	27	25
id.	40	1 68	84	74	84	45	36	35	32	26	24
id.	45	1 70	86	76	84	45	36	35	33	26	24
id.	35	1 86	93	82	95	46	39	38	34	28	26
id.	60	1 64	84	75	80	42	35	34	30	26	23
Femme.	30	1 54	80	64	74	38	33	32	27	24	21
Homme.	18	1 65	82	75	83	43	36	35	30	26	23
id.	40	1 77	89	78	88	45	37	36	32	27	24
id.	60	1 75	89	76	86	45	37	36	32	26	23
id.	13	1 45	71	65	72	38	31	30	27	[illegible]	19
id.	35	1 78	92	77	86	46	38	37	33	27	25
Femme.	40	1 50	78	65	72	42	33	32	29	25	21

TABLEAU N° 2. *Mesures prises sur des squelettes.*

LONGUEUR du vertex à la plante des pieds.	LONGUEUR du vertex à la symphyse du pubis	LONGUEUR des extrémités supérieures depuis l'acromion.	LONGUEUR des extrémités inférieures depuis la symphyse du pubis.	FÉMUR.	TIBIA.	PÉRONÉ.	HUMÉRUS.	CUBITUS.	RADIUS.
met. cent	centim.	centimèt	centimètr	centim.	centim.	centim.	centim.	centim.	centim.
1 80	92	77	88	46	40	39	33	27	25
1 43	71	65	72	38	31	30	27	22	19
1 49	74	65	75	38	32	31	29	22	20
1 45	70	67	75	40	32	31	29	22	20
1 38	70	55	63	32	27	26	24	19	17
1 47	74	60	73	38	32	31	26	21	19
1 69	83	72	84	44	36	35	31	25	22
1 75	86	76	89	46	39	38	32	26	23
1 54	75	69	79	40	33	32	29	24	21
1 67	80	76	87	45	38	37	31	27	24
1 64	80	71	84	44	36	35	30	26	24
1 65	75	72	90	45	38	37	32	27	25
1 86	95	78	81	47	39	38	33	27	25
1 79	91	77	88	46	38	37	33	27	24
1 78	90	75	88	46	37	36	33	26	24
1 83	95	78	88	46	39	38	34	28	25
1 83	90	78	93	47	43	42	33	27	25
1 60	80	75	80	45	38	37	32	26	24
1 70	82	75	83	46	38	37	32	27	25
1 77	89	78	88	46	38	37	33	28	23

Je commencerai par signaler toute la pérsévérance qu'exige un travail de ce genre, et il m'est pénible d'être forcé de faire sentir qu'après tant de labeurs il ne conduise pas complétement aux résultats que l'on a voulu obtenir.

Et d'abord, il me semble qu'il n'a pas été donné assez de documents sur la manière dont on doit mesurer chaque os. Il ne sera pas, en effet, indifférent, si l'on a, par exemple, pour point de départ le tibia, de savoir si la mesure doit être prise à partir de la surface des deux condyles pour se rendre à la face astragalienne de l'os; ou, au contraire, de l'épine du tibia pour gagner l'extrémité de l'os qui en constitue la malléole interne. Ce que je dis du tibia, peut parfaitement se rattacher au cubitus. Faut-il prendre, à l'égard de cet os, le sommet de l'apophyse olécrâne et celui de l'apophyse styloïde, ou, au contraire, la cavité articulaire qui termine l'os en haut et en bas, et ainsi de suite pour d'autres os? Il est très probable

qu'il s'agit de la longueur d'un os pris entre les deux surfaces articulaires qui en constituent les extrémités ; mais alors faudrait-il pouvoir mesurer la concavité des surfaces articulaires.

Une seconde observation est celle-ci : il n'est question nulle part de la mesure de la tête, de celle du tronc proprement dit ou de la colonne vertébrale, de la longueur des mains et des os qui peuvent la constituer, de manière à l'ajouter à celle de l'humérus et du cubitus dans le cas où on retrouverait seulement ces deux os. Il en est de même de la hauteur du pied à l'égard du fémur et du tibia.

Voyons cependant si, malgré ces lacunes, ces tableaux peuvent conduire à des résultats à peu près exacts. Posons avant tout nettement la question. On trouve un os, le tibia, par exemple ; on demande quelle pouvait être la taille de la personne à laquelle il appartenait. Je suppose que cet os ait trente-sept centimètres de longueur ; je prends cette mesure parce que je trouve ce chiffre répété plusieurs fois, et je forme alors le tableau suivant :

TIBIA.	LONGUEUR du fémur.	LONGUEUR des extrémités inférieures.	LONGUEUR des extrémités supérieures	LONGUEUR du vertex à la symphyse du pubis.	LONGUEUR du vertex à la plante des pieds.	
centimètres.	centimètres.	centimètres.	centimètres.	centimètres.	mètr.	centim
37	44	83	73	83	1	70
37	46	87	78	86	1	73
37	46	87	78	86	1	73
37	46	83	72	84	1	69
37	43	84	76	80	1	64
37	43	81	73	83	1	66
37	43	83	73	86	1	69
37	43	84	77	86	1	70
37	44	83	73	83	1	70
37	43	88	78	89	1	77

La longueur du corps variera donc entre un mètre soixante-quatre centimètres et un mètre soixante-dix-sept centimètres, qui sont les deux extrêmes ; ce qui donne une différence de treize centimètres, ou *cinq* pouces moins deux lignes. Par con-

séquent on sera conduit à dire que l'homme auquel ce tibia appartenait pouvait avoir de cinq pieds à cinq pieds cinq pouces ; différence tellement considérable que les tableaux ne deviendraient d'aucune utilité s'il s'agissait de fonder l'identité d'un sujet sur la longueur du corps.

C'est en opérant comme je viens de le faire, qu'il faudra se servir du tableau n° 1 ; et, si l'on emploie les proportions du tableau n° 2, il faudra ajouter à la longueur totale obtenue un pouce à un pouce et demi pour l'épaisseur des parties molles.



CHAPITRE XI.

DES ATTENTATS A LA PUDEUR.

Législation.

Cod. pén., art. 330 : « Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 16 francs à 200 francs. »

Cod. pén., art. 331 : « Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, âgé de moins de onze ans, sera puni de la réclusion. »

Cod. pén., art. 332 : « Quiconque aura commis le crime de viol sera puni des travaux forcés à temps. — Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira le *maximum* de la peine des travaux forcés à temps. Quiconque aura commis un attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion. Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira la peine des travaux forcés à temps. »

Cod. pén., art. 333 : « Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle a été commis l'attentat; s'ils sont de la classe de ceux qui ont autorité sur elles ; s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées ; s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes, la peine sera celle des travaux forcés à temps, dans le cas prévu par l'art. 331, et des travaux forcés à perpétuité, dans les cas prévus par l'article précédent. »

L'art. 330 punit tout outrage public à la pudeur sans distinction de sexe ; ici c'est la publicité qui constitue le délit. L'outrage public aura pu être commis par une personne, en ce sens qu'elle se sera livrée *publiquement* à des actes réprouvés par les mœurs. Il n'est pas besoin du concours des deux sexes pour constituer ce délit, quoique l'outrage puisse avoir été commis par les deux sexes réunis. Ainsi un homme ou une femme marchent nus dans la rue ; un homme ou une femme se livrent séparément et publiquement à des attouchements honteux ; un homme et une femme se font publiquement des attouchements ; voilà autant d'actes dans lesquels il y a outrage public à la pudeur. Tous ces actes sont consentis et volontaires. Cachés, ils n'auraient aucun caractère de criminalité ; publics, ils sont passibles de peines.

Il est rare que, dans le cas de l'art. 330, des médecins soient consultés, car les actes se sont nécessairement passés en présence de témoins, et les preuves ressortent des témoignages mêmes.

L'art. 331 établit une pénalité à l'égard des attentats à la pudeur consommés ou tentés *sans violence*, et dirigés contre la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, *âgé de moins de onze ans.*

L'art. 332 fait d'abord une distinction entre le crime de viol et les autres attentats à la pudeur, consommés ou tentés avec violence. Ensuite il met une différence dans la pénalité de ce crime, suivant qu'il est commis sur des enfants au-dessous de l'âge de quinze ans, ou sur des personnes plus âgées.—Le viol est l'acte de la copulation *consommé* ou *tenté* avec violence, et par conséquent contre la volonté de l'une des parties. Quant aux autres attentats, ils comprennent la pédérastie, les attouchements et autres manœuvres qu'il n'est pas nécessaire d'énumérer, lorsqu'ils sont tentés ou consommés avec violence.

Dans l'art. 333, il ne s'agit que d'une peine plus grande infligée en raison de la qualité de la personne qui a commis l'action.

D'où il résulte que la volonté, la publicité et la violence sont les trois caractères constitutifs de ces crimes. La distinction qui repose sur l'âge est basée sur cette circonstance que l'on suppose que l'enfant, ou n'a pas eu les moyens de se défendre, ou n'a pas la conscience de l'action qui est commise envers lui, et qu'il ne peut pas juger le préjudice qu'on lui porte, en sorte qu'il ne peut opposer aucune résistance efficace. — Du reste, il était juste qu'il y eût aggravation de pénalité lorsque les auteurs de ces crimes sont compris dans l'une des catégories suivantes : 1° s'ils ont autorité sur la personne envers laquelle ils ont commis l'attentat; 2° s'ils sont ses instituteurs; 3° s'ils sont ses serviteurs à gages; 4° s'ils sont fonctionnaires publics; 5° s'ils sont ministres d'un culte; 6° s'ils ont été aidés dans leur crime par une ou plusieurs personnes.

La graduation des peines peut donc être établie ainsi qu'il suit:

Outrage publique à la pudeur : trois mois à un an de prison ; 16 à 200 francs d'amende.

Attentat à la pudeur consommé ou tenté *sans violence* sur un enfant âgé de *moins* de onze ans : réclusion.

Attentat à la pudeur consommé ou tenté *avec violence* contre *un individu* de l'un ou de l'autre sexe : réclusion.

Attentat à la pudeur consommé ou tenté *avec violence* sur un enfant *au-dessous de quinze ans* : travaux forcés à temps.

Viol sur une personne âgée *de plus de quinze ans* : travaux forcés à temps.

Viol sur un enfant *au-dessous de quinze ans* : *maximum* des travaux forcés à temps.

Vient ensuite l'aggravation de la peine en raison de la qualité de la personne qui a commis le crime.

Quelle est la tâche dévolue au médecin, lorsqu'il est appelé à constater des faits dans une des circonstances qui précèdent? Suivant nous, on l'a beaucoup trop étendue, et si l'on veut consulter tous les auteurs qui ont traité de la matière, Belloc, Mahon, Fodéré, Orfila, on verra qu'ils se sont toujours proposé la solution de la question du viol tout entière! Mais le viol est un crime, et un crime comporte toujours : 1° l'intention, la volonté ; 2° l'exécution, ou le commencement d'exécution. Le médecin ne peut pas juger de l'intention, ni de la volonté du criminel ; quant à l'exécution, il ne la juge même que par ses résultats ; or, les résultats de l'action ne constituent que la fin de l'exécution, et par conséquent les magistrats, pour la solution de la question, doivent avoir à leur disposition les preuves qui établissent la volonté relativement à l'exécution, ou commencement d'exécution, preuves qui se composent : 1° des actes antérieurs, ou coïncidant avec les résultats matériels; 2° des résultats matériels eux-mêmes. Ce sont ces derniers seulement que le médecin est appelé à constater. C'est donc à tort que dans les ouvrages de médecine légale on pose constamment la question du viol, tandis que les médecins n'ont réellement à résoudre que la question de *violences*.

Mais le magistrat commettra un médecin en ces termes : Attendu qu'il résulte de l'instruction commencée à l'égard du sieur..., à l'occasion duquel s'élèvent des présomptions de viol contre la fille ..., commettons le sieur ..., docteur en mé-

decine, à l'effet de visiter la fille ou la femme ...; de déterminer si la défloration a eu lieu; si, dans le cas où elle aurait eu lieu, elle est récente ou ancienne; si la fille ... porte aux parties génitales, sur les diverses parties du corps ou sur ses vêtements, des traces ou indices de violences; si ces traces de violences pourraient être regardées comme *le résultat* d'une tentative de viol ou de toute autre cause; s'il existe des traces d'écoulement, ou d'autres indices d'une maladie vénérienne; si ces traces sont le fait d'une infection récente ou ancienne.

Telles sont les diverses questions qui seront soumises au médecin, à l'occasion du crime de viol. Elles découlent naturellement de l'art. 332.

Resteront maintenant les autres questions qui sont relatives à tout autre attentat *consommé* ou *tenté* avec violence, et qui varieront comme la nature de cet attentat. Ainsi l'ordonnance qui concerne l'expert dira : Attendu qu'il résulte de l'instruction commencée à l'égard du sieur... que dans la nuit du... il se serait livré à des attouchements sur la personne de la petite fille... ou à des tentatives d'attentats à la pudeur sur la personne du sieur... qu'il importe de vérifier s'il existe des traces matérielles de cet attentat à la pudeur. Commettons... à l'effet de visiter la jeune fille, de déterminer si la défloration a eu lieu par le fait des attouchements auxquels le sieur... s'est livré, ou s'il existe d'autres traces ou indices des attouchements qui ont eu lieu; ou bien commettons à l'effet de visiter le sieur... et de déterminer s'il existe des traces de pédérastie, etc.

Avant d'entrer dans le détail des faits qui peuvent servir à la solution de chacune de ces questions, il est important de bien exposer l'état normal des parties génitales dans les divers âges de la vie en tant qu'il a quelques rapports avec les attentats à la pudeur.

De l'état normal des parties génitales; chez les jeunes enfants; chez les jeunes filles, au voisinage de l'époque de la puberté; chez les femmes qui ont cohabité avec les hommes; chez celles qui ont eu des enfants.

1° *Chez les très jeunes enfants, c'est-à-dire de un à quatre*

ans. Huit parties distinctes constituent les organes génitaux externes à cet âge : le *pénil*, portion saillante, triangulaire, légèrement proéminente, placée sur le pubis, terminée en haut par un repli qui limite inférieurement l'abdomen. Il est pourvu de plus ou moins de graisse, suivant l'âge des enfants et leur état d'embonpoint.

Les grandes lèvres. Elles forment deux replis assez volumineux, arrondis, qui présentent une particularité que les auteurs ne me paraissent pas avoir décrite avec assez de soin, et qui mérite de fixer l'attention, en ce sens qu'elle peut induire en erreur. Voici la circonstance qui me l'a fait connaître. Chargé, il y a trois ans, avec M. Piédagnel, de constater les résultats d'une tentative de viol sur un enfant de quatre ans, nous fûmes frappés de l'écartement des grandes lèvres en haut. Il était tel, qu'il laissait presque entrevoir le clitoris en formant un espace triangulaire dont la base était en haut et le sommet en bas. Si l'on écartait les cuisses de l'enfant, les grandes lèvres s'ouvraient en haut, et restaient encore appliquées l'une contre l'autre en bas, à moins que l'écartement des cuisses ne fût considérable. Cette disposition, contraire à ce qui a lieu après la puberté et surtout après la cohabitation, nous engagea à rechercher si elle était générale ou spéciale. A cet effet, nous nous rendîmes le lendemain à l'hôpital des Enfants malades, à Paris ; et là, nous en examinâmes un grand nombre de divers âges. Nous rencontrâmes la même disposition, mais nous vîmes qu'elle était de moins en moins marquée, au fur et à mesure que nous nous adressions à des enfants plus âgés. Nous dûmes en conclure que ce que l'on pourrait attribuer à la masturbation et à la position répétée du doigt dans ce point, n'était autre chose qu'un état normal dont on se rend facilement compte, en ayant égard aux fonctions que sont destinées à remplir les parties génitales à cet âge. Chargées exclusivement de l'émission de l'urine, elles devaient offrir une ouverture plus prononcée et plus facile en avant qu'en arrière ; tandis qu'ayant plus tard à accomplir l'acte de la génération, une disposition contraire devait avoir lieu. En résumé, la vulve est donc élargie en haut, chez les très jeunes enfants ; c'est

l'opposé chez la femme. — La surface interne des grandes lèvres est ordinairement d'une couleur rosée, ainsi que le reste de la membrane muqueuse qui tapisse les parties génitales externes. Toutefois, cette couleur est loin d'être constante, quoique commune chez les petites filles. Plusieurs causes principales peuvent la faire varier ; l'habitude de la masturbation, l'état de maladie, la constitution lymphatique diminuent l'intensité de cette coloration et la font même quelquefois disparaître tout-à-fait.

La fourchette, repli membraneux, ou espèce de bride, qui, lorsqu'il est étendu, a la forme d'un croissant, et qui unit inférieurement les grandes lèvres entre elles, en laissant en arrière une légère cavité que l'on nomme la *fosse naviculaire.*

Les petites lèvres, qui, partant du prépuce du clitoris, descendent sur la partie interne des grandes lèvres, pour se terminer en avant de la membrane hymen. Elles ont ordinairement, chez les très jeunes enfants, plus d'étendue proportionnellement que par la suite.

Le clitoris, qui à cet âge a, relativement aux autres parties, une longueur plus considérable, et qui du reste offre la même organisation que le membre viril de l'homme.

Un *espace triangulaire* qui sépare le clitoris du *méat urinaire*, ou canal de l'urètre, chez le sexe féminin.

La membrane hymen, qui offre des variétés très grandes sous le rapport de sa forme, de son étendue, de sa situation, et sur laquelle nous devons insister à cause de la dissidence qui a existé entre les auteurs, relativement à son existence. Dulaurens, Bohn, Dionis, de Lamothe, Buffon, Fallope, Vésale, Colomb, Mahon, ont avancé qu'elle manquait quelquefois. Zébus, Fabricius, Riolan, Hyghmore, Albinus, Ruysch, Morgagni, Winslow, Haller, Desault, Gavard, Sabatier, Cuvier, Zacchias, Brendel, Teichmeyer, Mayer, Belloc, Boyer, Hipp. Cloquet, Fodéré, Orfila, l'ont admise *comme constante.* Ce dernier déclare l'avoir recherchée sur plus de deux cents sujets, et ne l'avoir jamais vu manquer. Gavard, qui s'est beaucoup occupé de ce point médico-légal, l'a trouvée chez des fœtus, chez des enfants nouveau-nés, des jeunes filles de vingt-trois à vingt-cinq

ans, et chez une fille de cinquante ans; Bennach de Marseille, sur une fille de soixante ans. J'ai fait les mêmes recherches sur des enfants nouveau-nés, et je l'ai toujours trouvée. Je l'ai rencontrée chez des filles très âgées, dont les cadavres avaient été apportés à la Morgue. Deux d'entre elles avaient, l'une soixante-cinq et l'autre soixante-douze ans. Baudelocque citait, dans ses cours, l'observation d'une femme qu'il accoucha, et dont il allait rompre la membrane hymen, si la tête de l'enfant ne s'était présentée en ce moment, et n'en avait opéré la déchirure (Fodéré). Ruysch, pour délivrer une femme, est non seulement obligé de couper l'hymen, mais encore une seconde membrane qui était placée derrière, à un pouce de distance. Meckel et Walter ont rapporté des cas analogues. Enfin, Tolberg cite un fait observé par Meckel l'aîné, dont on a le dessin, et dans lequel une personne conserva son hymen circulaire et tendu, après avoir mis au monde un fœtus de cinq mois, enveloppé de toutes ses membranes. J'ai observé trois fois, et par conséquent les exemples n'en sont pas rares, les petites lèvres réunies dans la presque totalité de leurs bords libres, et ne laissant en haut qu'une petite ouverture correspondant à celle du méat urinaire. Une autre fois, une membrane accidentelle existait en dedans des petites lèvres, et venait fermer le vagin en laissant en haut une ouverture pour l'écoulement de l'urine. Dans ces trois cas, ces membranes accidentelles ayant été incisées, on a trouvé l'hymen parfaitement intact, et placé plus profondément. Je n'ai jamais vu manquer cette membrane; j'ajouterai que tous les anatomistes modernes ne mettent plus en doute l'existence de l'hymen, et que, si elle a été niée par quelques hommes de mérite, dans des temps déjà anciens, ou regardée comme n'existant pas toujours, cette opinion, qui à cette époque pouvait faire l'objet d'un doute, n'en doit plus être un aujourd'hui que du temps s'est écoulé, que de nouvelles recherches ont eu lieu, et que toutes se sont accordées à démontrer son existence constante. Capuron seul, parmi les médecins modernes, cite un cas où il ne l'a pas rencontrée. Les détails dans lesquels nous allons entrer relativement à sa

conformation et à son étendue pourront d'ailleurs expliquer, jusqu'à un certain point, ces dissidences dans les observations.

La membrane hymen consiste ordinairement dans un repli semilunaire, qui borde inférieurement l'entrée du vagin, et dont les extrémités vont, en diminuant insensiblement, se perdre sur le pourtour de cette ouverture, derrière les petites lèvres. C'est là la disposition la plus commune; sa convexité est donc en arrière, et sa concavité en avant. Elle est fort large à son centre, et terminée en pointe à ses extrémités.

Dans une seconde observation, elle forme une membrane circulaire, perforée à son centre, et adhérente dans toute sa circonférence à l'ouverture du vagin.

Dans une troisième, c'est une membrane imperforée à son centre, ou ne présentant qu'une petite ouverture en avant et en haut, qui correspond au méat urinaire.

Dans une quatrième, ce n'est qu'une simple bandelette qui borde l'ouverture du vagin.

Enfin, dans d'autres circonstances plus rares encore que celle que je viens de citer en dernier lieu, on a vu la membrane hymen formée par des filaments de membrane muqueuse qui réunissent les caroncules myrtiformes entre elles, Tolberg a vu aussi cette membrane primitivement conformée de manière à ressembler aux caroncules myrtiformes. D'où l'on peut conclure que, dans les 999 centièmes des cas, la membrane hymen se rencontre avec des apparences non douteuses. La membrane hymen est, suivant moi, une partie naturelle et non accidentelle des organes de la génération ; elle se développe avec eux ; elle prend comme eux un accroissement proportionnel à celui qu'elle avait à son origine ; son absence constitue une monstruosité, une véritable agénésie.

Les caroncules myrtiformes. — Boyer en décrit de deux espèces : deux caroncules ou éminences placées derrière la membrane hymen, qui ne sont que les extrémités saillantes des colonnes antérieures et postérieures du vagin ; et trois, quatre, cinq ou six tubercules pyramidaux, à bords frangés, formant les débris de la membrane hymen déchirée. Voici

quelques observations que j'ai faites à ce sujet chez plusieurs jeunes filles et chez les enfants nouveau nés. La membrane hymen a peu d'étendue à la naissance. Peu à peu elle prend du développement ; c'est surtout vers les années qui avoisinent celles de la puberté. Puis son bord libre semble se relâcher, s'épaissir dans certains points pour former des mamelons dans l'intervalle desquels la déchirure arrive par l'acte du coït, il en résulte des portions membraneuses pyramidales du genre de celles que nous avons indiquées. Ces débris de membrane subissent des changements par la suite, se durcissent, s'arrondissent alors que des accouchements ont eu lieu, mais il est très rare de les voir disparaître entièrement. Quelquefois les lambeaux de membrane déchirée subissent le même accroissement que les autres parties génitales prennent avec l'âge.

Quant *au vagin*, il constitue un canal conique dont la longueur est variable suivant l'âge ; il est presque droit à cette époque de la vie ; il forme un cylindre un peu aplati, d'avant en arrière, et dont le diamètre est très petit, chez les enfants, puisqu'il ne peut même pas recevoir le petit doigt. Des rides nombreuses y existent ; elles occupent principalement l'entrée du vagin et y affectent une direction transversale. En avant et en arrière de ce conduit se trouvent deux lignes longitudinales, ou colonnes du vagin, qui coupent les rides à angle plus ou moins droit, suivant les divers points de l'étendue de ce canal. Ce sont elles qui, le plus souvent, se terminent par ces caroncules myrtiformes naturelles dont j'ai parlé. Enfin, on rencontre encore un grand nombre de petits culs-de-sac ou lacunes muqueuses disséminées sur la surface interne du vagin.

Quoiqu'il ne paraisse pas exister de fibres musculaires dans l'épaisseur des parois du vagin, ces parois jouissent cependant d'une certaine contractilité, appréciable à un âge plus avancé et pendant l'acte du coït ; on l'attribue à un tissu cellulaire, dense, serré, parsemé d'un grand nombre de vaisseaux et disposé sous la forme de colonnes latérales, sorte de tissu érectile.

2° *Des parties génitales chez les jeunes filles au voisinage de l'époque de la puberté.*

Les grandes lèvres présentent alors une forme aplatie en dedans et convexe en dehors. Elles sont moins écartées en haut et s'écartent beaucoup plus en bas quand on éloigne les cuisses l'une de l'autre. Le clitoris est plus caché par elles, et son organisation est mieux dessinée. Le bord libre de la membrane hymen commence à être plus lâche et à avoir plus d'ampleur. Quelques poils apparaissent sur le pénil et sur la surface externe des grandes lèvres, toutefois leur développement est très variable. Lorsque la menstruation s'est établie et à chaque époque où elle paraît, l'hymen, au rapport de quelques auteurs, devient très lâche et très extensible. Ainsi, Severin Pineau dit qu'elle peut permettre l'introduction d'un membre viril sans se rompre; que, passé ce temps, elle reprend sa force contractile, ne peut plus souffrir aucun effort sans effusion de sang, et sans offrir tous les signes d'une défloration complète. Je doute que l'on puisse ajouter foi à cette opinion, et qu'elle soit basée sur des observations assez exactes pour conduire à admettre un résultat d'une aussi grande conséquence; mais ce dont je crois être certain, c'est qu'au voisinage de l'époque des règles, pendant leur écoulement, et deux ou trois jours après qu'elles ont cessé, les parties génitales subissent une dilatation très marquée : cette dilatation est d'ailleurs toute naturelle; car il y a une analogie très grande entre l'acte de la menstruation et celui de l'accouchement. La menstruation reproduit en petit les phénomènes de l'accouchement. Il y a plus, le plus grand nombre des accouchements s'opère à une époque qui, chez la femme, correspond à peu près à celle de sa menstruation, et les accoucheurs prévoient l'époque de l'accouchement d'après le nombre des époques qui ont manqué et la date des règles. C'est ce qui fait que la plupart des femmes accouchent non pas après neuf mois révolus, mais au voisinage de la neuvième époque qui a cessé de paraître.

3° *Des parties génitales chez les femmes qui ont cohabité avec des hommes.*

Les grandes lèvres sont en général plus aplaties; elles s'ouvrent beaucoup plus inférieurement par l'écartement des cuis-

ses. La membrane muqueuse qui tapisse les parties génitales externes a perdu de sa coloration rosée et tend à devenir blafarde. La fourchette persiste, mais la fosse naviculaire a moins de profondeur, souvent même elle a presque complètement disparu. La membrane hymen est détruite, et à sa place se trouvent les caroncules myrtiformes; l'ouverture du vagin et le vagin lui-même ont des dimensions plus grandes; les rides de sa surface interne ont diminué de nombre et de profondeur.

4° *Des parties génitales chez les femmes qui ont eu des enfants.*

Enfin lorsqu'une femme a procréé, toutes les parties génitales externes sont beaucoup plus saillantes. La fourchette est déchirée, les caroncules myrtiformes ont moins de volume. Le vagin est plus large, ses rides et ses plis ont augmenté.

Telles sont les données générales que je voulais établir avant d'entrer dans l'étude des moyens propres à résoudre les questions qui se rattachent au viol; car en médecine légale ce sont toujours des changements, des altérations, qu'il s'agit de constater; il faut donc, pour marcher avec plus de certitude, partir avant tout de l'état normal.

De la virginité; de son caractère.

Le caractère physique essentiel de la virginité est l'existence de la membrane hymen. Un médecin est autorisé à dire qu'une fille n'a pas été *déflorée*, lorsque la membrane hymen existe encore. Suivant nous, l'acte du viol n'est consommé que lorsque la femme a été déflorée; et entre la tentative de viol et son accomplissement, il y a des *nuances* infinies qui se rapportent toutes à la tentative, et non pas au viol accompli. Peu nous importe que la tentative soit punie comme le crime même, c'est le fait matériel que nous devons établir.

Mais, dira-t-on, la défloration est chose illusoire, puisqu'il est prouvé, 1° que les parties génitales de certaines femmes ont pu permettre l'introduction du membre viril sans que la défloration ait eu lieu; 2° que la membrane hymen peut manquer ou ne consister que dans des filaments membraneux qui réu-

nissent les caroncules myrtiformes; 3° que des femmes sont devenues mères en conservant leur membrane hymen.

Et d'abord sur quel fait s'appuie-t-on pour démontrer la première proposition : *Que les parties génitales de certaines femmes ont pu permettre l'introduction du membre viril sans que la défloration ait eu lieu!* Sur cette opinion de Severin Pineau qui admet le relâchement de la membrane hymen pendant l'époque des règles, relâchement porté assez loin pour laisser pénétrer le membre viril; et à ce sujet cet auteur cite les deux exemples suivants : « Deux hommes *judicieux* ayant *épousé* deux filles de *pudicité notable*, dans la circonstance où l'hymen permet à une fille le plaisir sans défloration, furent sur le point de quitter leurs femmes; mais les choses ayant changé de face, ils eurent *grand travail à rentrer dans une carrière* qu'ils avaient parcourue d'abord avec tant de facilité, et ils reconnurent l'injustice de leurs soupçons. » Sont-ce là des observations qui puissent faire foi dans les sciences?

Relativement à la seconde objection, celle qui est fondée sur ce que *la membrane hymen peut manquer ou ne consister que dans des filaments membraneux qui réunissent les caroncules myrtiformes*, et qu'il est alors impossible de déclarer, d'après l'inspection seule de l'hymen, si la défloration a ou n'a pas eu lieu : nous ferons remarquer que ces cas sont excessivement rares, qu'ils n'ont été constatés que par quelques anatomistes, et qu'à l'exception de M. Capuron, qui ne l'a pas trouvé chez un enfant nouveau-né, on n'a jamais vu manquer l'hymen. Heister et Graaf pensent que l'hymen disparaît peu à peu au fur et à mesure que les filles grandissent. C'est encore là une opinion tout-à-fait erronée, ainsi que le prouvent les observations que nous avons faites à cet égard.

Quant à la troisième objection, que des femmes sont devenues mères en conservant leur membrane hymen, nous dirons que cela ne prouve qu'une chose, c'est que la fécondation peut avoir lieu sans que la virginité soit détruite; et de ce que la membrane hymen existe, cela ne démontre pas que des tentatives de viol n'aient pas eu lieu; cela prouve seulement que l'acte de la copulation n'a pas été complétement accompli.

Dira-t-on que c'est une singulière virginité, que celle d'une fille qui, à l'instar de celle citée par Gavard, gagne, à treize ans, la maladie vénérienne dans un lieu public, tout en conservant la trace de sa virginité? Et pourquoi ne serait-elle pas aussi vierge *physiquement* qu'une enfant de quatre ans que j'ai visitée, en août 1834, et à laquelle un jeune homme de vingt-deux ans avait donné une blennorrhagie très intense en frottant sa verge contre les parties génitales? La membrane hymen avait aussi été conservée intacte. M'objectera-t-on encore les cas cités par Ruisch et Baudelocque (voyez page 348)? Et pourquoi ces femmes ne seraient-elles pas vierges, en ce sens que le caractère de la virginité n'a pas été détruit et que l'introduction du membre viril n'a pas eu lieu dans leur vagin? j'en dirai autant des exemples rapportés par Mauriceau, Mukes, Walter, Capuron et autres. — Telles sont, suivant moi, les règles qui doivent guider le médecin légiste. Il ne faut pas voir, en médecine légale, la virginité morale, mais bien la virginité matérielle. Laissons aux magistrats et aux jurés le soin de constater l'atteinte morale à la pudeur, et contentons-nous de les éclairer sur les désordres matériels qui peuvent avoir été l'effet des tentatives commises. En résumé, tout ce qui se rattache à la défloration peut se réduire à ceci : 1° si la membrane hymen existe intacte, la défloration n'a pas eu lieu; 2° si elle n'existe pas, la défloration a, dans les neuf cent quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas, été opérée, et alors on doit en retrouver les débris; 3° l'existence de la membrane hymen ne prouve pas d'une manière absolue que des tentatives de viol n'aient pas été exercées.

De la défloration.

La défloration est caractérisée par la rupture de la membrane hymen. Cette rupture peut avoir lieu de plusieurs manières. Ces différences reposent presque entièrement sur la conformation et le développement de la membrane elle-même. Si la membrane oblitère presque complétement le vagin, il est impossible de prévoir et le nombre des sections et le mode de déchirure. Si la membrane est semi-lunaire, et que son épaisseur soit partout la même, la division pourra être unique ou mul-

tiple ; avoir son siége dans tel ou tel point que l'on ne saurait indiquer à l'avance. Mais il n'en est pas de même lorsque la membrane hymen présente dans deux ou trois points un commencement d'épaississement sous la forme de tubercules; alors c'est constamment entre ces renflements que la rupture a lieu, et le plus souvent la rupture s'opère vers la partie moyenne et inférieure de la membrane ou non loin de ce point. Tantôt il en résulte deux lambeaux latéraux d'inégale longueur, ou plus rarement trois lambeaux dont un plus petit que les deux autres.

Quelquefois la défloration est incomplète, en ce sens que la déchirure de la membrane hymen ne porte que sur une partie de sa largeur et qu'il reste alors, adhérant à la paroi inférieure du vagin, une bandelette plus ou moins large.

Caractères de la défloration récente et de la défloration ancienne.

Quand la défloration est récente, elle offre tous les caractères d'une solution de continuité des parties molles (plaie). Elle est déchirée en plusieurs lambeaux ; les bords de la déchirure sont inégaux, saignants, frangés, plus rouges que le reste de la membrane; ils peuvent fournir une légère suppuration, mais le plus souvent ils n'en donnent pas; ils sont douloureux au toucher; en un mot, c'est l'aspect d'une plaie récente sur une membrane de peu d'étendue, plaie qui intéresse toute l'épaisseur de cette membrane ou seulement une partie; aussi y a-t-il effusion de sang plus ou moins grande, et cette effusion de sang a-t-elle toujours été regardée comme un des caractères essentiels de la défloration récente, surtout lorsqu'il donne lieu aux deux genres de taches que nous décrirons plus loin. La quantité de sang écoulé se borne ordinairement à trois ou quatre taches, qui peuvent avoir depuis un pouce jusqu'à deux ou trois pouces au plus de diamètre, sauf quelques cas exceptionnels. Nul doute que cet écoulement de sang doive se montrer, à un degré variable, lors de la défloration d'une vierge, et par conséquent lorsque la membrane hymen est encore intacte. Mais il pourrait peut-être aussi avoir lieu lorsqu'une femme a déjà été déflorée. Ce serait le cas où les parties génitales très étroites recevraient un membre viril très fort et où le coït aurait été exercé avec violence;

néanmoins cette circonstance est rare. Les phénomènes qui caractérisent une défloration récente persistent pendant un laps de temps très court, et déjà après trois ou quatre jours ils ont généralement en grande partie disparu. Les lèvres de la plaie se sont cicatrisées plus ou moins parfaitement, et l'on ne trouve que les débris de la membrane hymen; alors il n'est plus possible de dire si la défloration est récente ou ancienne.

Nous n'attacherons aucune valeur au changement qui survient, dit-on, dans la voix dans les premières vingt-quatre heures de la défloration; c'est un des phénomènes de la puberté, phénomène qui ne peut pas se montrer du jour au lendemain; il en est de même de l'augmentation du volume du cou, auquel les matrones romaines accordaient tant de confiance chez les jeunes mariées.

Enfin, quelques auteurs ont prétendu qu'il existait des hommes dont l'odorat était tellement fin, qu'ils savaient reconnaître à l'approche d'une fille si elle était vierge ou si elle était déflorée. Démocrite était, dit-on, un de ces hommes qui, d'après l'apparence extérieure, portaient un jugement certain sur ce fait! Le cas de cet aveugle qui s'aperçut que sa fille venait de céder à son amant est très facile à concevoir, à cause de l'odeur spermatique qu'elle répandait probablement. Quant à ce moine de Prague, dont l'odorat était encore plus fin que celui de l'aveugle, puisqu'il reconnaissait une défloration ancienne, aussi bien qu'une défloration récente, nous le regardons comme tout-à-fait apocryphe.

Lorsque la défloration *est ancienne*, on ne peut pas lui assigner une époque, et, en matière de viol, une défloration est déjà ancienne au bout de huit à dix jours. La défloration ancienne n'a d'autres caractères que la solution de continuité de la membrane hymen.

La défloration qui dépend d'une affection morbide ne peut être bien constatée qu'alors que l'affection qui amène les ulcérations existe encore; et ce n'est qu'en voyant ces ulcérations que l'on peut arriver à reconnaître la source de la destruction de la membrane hymen. Une fois les ulcérations guéries, il ne reste plus que des cicatrices qui souvent même sont peu appréciables.

Ajoutons qu'il est toutefois très rare de voir des exemples de défloration opérée par cette cause.

Nous ne poserons pas, à l'instar de M. Orfila et de plusieurs autres auteurs, la question de savoir s'il y a des moyens de distinguer si la défloration dépend *de l'introduction du membre viril*, *ou d'un corps étranger d'une autre nature;* non plus que cette autre question : *la défloration a-t-elle été consentie ou forcée?* Les détails dans lesquels nous venons d'entrer feront assez sentir qu'il est impossible de résoudre la première question ; et, quant à la seconde, elle est du ressort des magistrats et non du médecin. Un seul fait médical peut l'éclairer : ce sont les traces de violences que nous allons décrire; mais ces violences pourront avoir été commises dans des buts bien différents ; il appartient seulement au magistrat d'apprécier dans quelle intention elles ont été faites.

Des causes capables d'opérer la défloration?

Ces causes sont de deux ordres. A, les agents mécaniques; B, les maladies.—Tout corps étranger introduit dans le vagin, et dont le volume excèdera assez notablement le diamètre possible de l'ouverture de ce canal, pourra opérer la rupture de la membrane hymen, et sa transformation en lambeaux, si ce corps est introduit *brusquement* et avec *force.* Tout corps étranger, fût-il d'un diamètre en rapport avec celui du vagin, pourra, s'il n'est pas introduit peu à peu, distendre la membrane hymen, l'allonger, diminuer sa hauteur, augmenter son étendue, et tendre à la faire disparaître, de manière à ce qu'elle ne consiste plus qu'en une sorte de ruban placé à l'entrée du vagin, si toutefois son organisation permet une pareille transformation. Tel pourra être le résultat de la masturbation, de l'introduction graduée et répétée dans le vagin d'étuis ou de cylindres, de plus en plus gros, dans le but de se procurer, de cette manière, des jouissances que les mœurs réprouvent ; l'onanisme en offre tous les jours des exemples. Un saut, l'élargissement subit des cuisses, l'introduction d'un pessaire ou d'un moyen explorateur, comme un *speculum uteri*, des verres, des pots de pommade, des étuis, des courses à cheval, alors qu'on monte en

cavalier, ont été regardées comme autant de causes physiques qui pouvaient détruire la marque la plus certaine de la virginité. Nous concevons la rupture de la membrane hymen dans quelques cas exceptionnels sous l'influence de ces causes, mais on aurait tort d'exagérer leurs effets; il est peu probable, par exemple, qu'il suffira d'un simple écartement des cuisses ou d'un saut pour amener une semblable lésion. Il en pourrait être autrement d'une chute à cheval sur le tranchant d'une rampe d'escalier ou sur un corps analogue.

Plusieurs affections morbides peuvent opérer la destruction d'une partie plus ou moins étendue de la membrane hymen, les ulcérations par exemple, soit qu'elles proviennent d'une maladie vénérienne, d'une maladie scrofuleuse, ou d'une sécrétion d'humeur âcre qui irrite les parties génitales, les enflamme et les ulcère.

Enfin quelques auteurs admettent, Fodéré et Belloc, par exemple, que les efforts de la menstruation peuvent opérer la rupture de la membrane hymen; que cette membrane peut même être déchirée par un caillot de sang plus gros que l'ouverture qu'elle présente. Nous concevons difficilement la possibilité de pareils résultats, à moins qu'il ne s'agisse d'une membrane imperforée ou d'une membrane hymen à simple pertuis.

La conséquence des faits énoncés dans ce paragraphe est que si la membrane hymen est déchirée, il faut rechercher à quelle cause on doit attribuer cette déchirure, et ne pas conclure au viol par le fait seul qu'elle existe.

Des traces de violence que l'on peut trouver sur les parties génitales, sur les diverses parties du corps ou sur les vêtements, et qui peuvent être rattachées à un viol ou à une tentative de viol.

1° *Aux parties génitales :* lorsque des tentatives de viol ont été faites sur une femme qui a déjà eu des enfants ou qui a eu des rapports avec des hommes, on ne constate presque jamais de traces de violences, parce que, comme les parties génitales sont naturellement assez élargies pour permettre l'introduction du membre viril, de deux choses l'une : ou la femme a conservé toute sa connaissance, et alors elle s'oppose à l'accomplis-

sement de l'acte vénérien et ne peut pas être violée; ou au contraire elle est, par des circonstances diverses, dans l'impossibilité d'opposer de la résistance, et alors l'acte vénérien s'exécute sans violence. Toutefois je ne présenterai pas ces données d'une manière tout-à-fait absolue, mais comme l'expression des cas les plus généraux.

Il n'en est pas de même chez une fille pubère ou chez un enfant; chez une fille pubère, parce que les parties génitales sont naturellement et ordinairement étroites, que la membrane hymen existe, et que le coupable ne peut saisir qu'un moment dont il profite pour satisfaire sa brutalité. Chez un enfant, parce qu'alors la disproportion dans le diamètre des parties génitales est tellement grande, qu'il est impossible que l'introduction du membre viril n'amène pas des désordres plus ou moins notables.

Ces désordres consistent dans des contusions; froissement du pénil et des grandes lèvres; excoriations; déchirures de la membrane muqueuse des parties génitales externes avec ecchymoses sous-muqueuses; injections vasculaires dans le voisinage de ces excoriations; déchirure de la membrane hymen; quelquefois déchirure de la fourchette, et enfin excoriations de la membrane muqueuse qui tapisse le vagin.

Mais, dira-t-on, tous ces désordres ne pourraient-ils pas être aussi bien produits par un corps étranger que par le membre viril? Nul doute à cet égard; et il y a plus, un corps étranger plus dur produirait tous ces effets avec beaucoup plus de facilité; mais dès à présent nous prenons nos réserves sur la possibilité de pareils désordres sous l'influence d'une semblable cause. On sait que plus d'une fille a été obligée d'appeler un chirurgien à son secours pour extraire des corps étrangers qu'elle s'était introduits dans le vagin.

2° *Sur les diverses parties du corps* : et principalement aux aines, aux cuisses, aux poignets, aux seins, on peut trouver des traces de pressions brusques et fortes, se dessinant par des taches noires évidemment dues à la peau ecchymosée.

Les vêtements, et notamment la chemise, peuvent présenter des taches sur lesquelles nous allons appeler l'attention, parce qu'elles établissent quelquefois les preuves les

plus fortes du viol. Ces taches sont de deux espèces, et occupent sur la chemise deux positions différentes : les unes sont situées sur le devant de la chemise ; les autres, sur le derrière ; au moins c'est la disposition la plus commune. Les taches placées sur le devant de la chemise offrent tous les caractères du sperme ; elles sont d'un blanc grisâtre, circonscrites, arrondies, et terminées à leur circonférence par une ligne grisâtre d'une coloration plus foncée. *Le tissu est empesé ;* si la tentative de viol est récente, ces taches peuvent, alors même qu'elles sont sèches, répandre une odeur spermatique ; soumises à l'analyse et à l'examen microscopique, elles fournissent tous les caractères du sperme. (*Voy.* TACHES DE SPERME.)

Les taches placées sur le derrière de la chemise sont le plus souvent formées par du sang ; mais elles se présentent ordinairement sous deux aspects différents : les unes sont d'un rouge foncé, plus petites, riches en matière colorante, et d'une coloration égale dans toute leur surface ; les autres sont d'un rouge beaucoup plus clair, ou mieux d'un jaune rougeâtre ; elles ont plus d'étendue, sont plus pâles à leur centre, et limitées à leur circonférence par un cercle de matière colorante rouge, d'une couleur plus foncée que le reste de la tache. Les premières sont produites par le sang *pur* qui a été répandu au moment du coït ; les secondes par une sérosité sanguinolente, un suintement séro-sanguinolent de moins en moins coloré, et tout-à-fait analogue à celui qui s'écoule des plaies par instruments tranchants, alors qu'elles cessent de donner du sang. Cette situation respective des taches n'est pas tellement constante qu'il ne puisse exister quelques taches de sang ou de sérosité sanguinolente sur le devant de la chemise, et quelques taches de sperme en arrière ; mais nous la regardons cependant comme la plus commune.

Existe-t-il des moyens de reconnaître si les traces de violence sont le résultat d'un viol, ou si elles dépendent d'une autre cause ?

Nous avons dit que les corps étrangers autres que le membre viril pouvaient produire plus facilement que lui les mêmes désordres ; mais il y a une distinction à faire entre un résultat

possible, et l'accomplissement de ce résultat; dans quel but opérerait-on la défloration d'une jeune fille? serait-ce alors qu'une mère aurait intérêt à tirer parti du déshonneur de sa fille ou de son jeune enfant : mais dans ce cas, où est la femme assez avide pour mutiler son enfant à ce point? Dira-t-on qu'une fille adonnée à la masturbation pourrait présenter des traces de violences analogues, si elle s'était servie d'un corps dur pour se livrer à cet acte, corps étranger qu'elle aurait introduit avec trop de force pendant un moment d'égarement? Je ne veux pas nier la possibilité de ce fait : les fastes de l'art contiennent trop de cas d'opérations faites dans le but d'extraire du vagin des corps étrangers, dont l'introduction n'avait pas eu une autre origine. Mais alors une habitude portée à ce point n'a-t-elle pas du retentissement dans les familles, et l'attention du médecin ne pourra-t-elle pas être éveillée sur de semblables manœuvres? La fille elle-même ne présente-t-elle pas le cachet de la masturbation la plus avancée? — Quelques auteurs ont rapporté des cas de viol simulé; Fodéré, entre autres, cite le suivant : Plusieurs individus sont accusés, par une femme, d'avoir violé, dans une auberge, sa petite-fille, âgée de neuf ans et demi. On trouva les parties sexuelles parfaitement intactes; le petit doigt ne pouvait pas entrer dans le vagin; toutefois, il y avait au pubis et à la partie supérieure de la vulve, un cercle rouge de la largeur d'un écu de six francs qui paraissait avoir été fait récemment, et dont l'intensité et l'étendue diminuaient insensiblement. Il était hors de doute que l'aïeule avait meurtri cette enfant dans l'espoir d'avoir des dommages et intérêts; elle fut emprisonnée et chassée de la ville (*Médecine légale*, tome IV). — Pour les filles artificieuses, a dit Voltaire, qui se plaindraient d'avoir été violées, il faudrait leur conter comment une reine rejeta autrefois l'accusation d'une plaignante. Elle prit un fourreau, et le mettant sans cesse en mouvement, elle fit voir à la dame qui tenait une épée, qu'il lui était impossible de la replacer dans la gaîne de cette arme.

En résumé, s'il est facile de constater des altérations, des violences, il n'est presque jamais possible d'en assigner la cause d'une manière certaine, lorsque, pour élément de con-

viction, on n'a pas d'autres documents que les résultats matériels de l'action ; mais ces résultats matériels acquièrent une grande valeur aux yeux des magistrats et des jurés, quand tous les autres renseignements de l'instruction viennent se grouper autour d'eux ; d'où il résulte que le médecin devra faire sentir que ces effets peuvent être le résultat de plusieurs causes différentes. Ajoutons cependant que tous ces faits énoncés d'une manière générale, ainsi que l'exige un *Traité de Médecine légale*, se présentent sous un jour tout-à-fait différent, quand ils appartiennent à un cas spécial, et l'on en trouvera la preuve dans la lecture des faits nombreux qui terminent cet article.

Quels sont les indices d'une affection vénérienne? Et peut-on reconnaître si ces indices sont dus à cette affection ou à toute autre cause?

Quand il s'agit de constater un fait en matière de viol, l'expertise a le plus souvent lieu dans un temps voisin de celui où le viol a été commis. En fait d'affection vénérienne, nous ne pouvons donc supposer le plus ordinairement que des symptômes primitifs, résultant d'une infection et ayant par conséquent plus particulièrement leur siége aux parties génitales. Néanmoins, comme on peut communiquer une vérole d'emblée, nous tiendrons compte de ses effets.

Symptômes observés sur les parties génitales. — Le phénomène le plus commun et aussi celui qui offre le plus d'incertitude est un écoulement. Chez les très jeunes enfants, voici ce que l'on observe : l'écoulement est précédé, vers le troisième ou le quatrième jour après la tentative de viol, par des démangeaisons, de la cuisson, de la douleur en urinant. L'enfant porte constamment sa main aux parties génitales ; survient ensuite l'écoulement. La matière de l'écoulement, qui peut être verte, jaune ou blanche, ou présenter des nuances intermédiaires qui dérivent de ces trois couleurs (elle est ordinairement verte au début, d'un jaune verdâtre ensuite, et perd peu à peu de l'intensité de sa couleur au fur et à mesure que l'écoulement diminue), elle est rassemblée *autour et au-dessus du méat urinaire*, *et surtout du clitoris*, *dans l'écartement supérieur des grandes lèvres.*

La membrane muqueuse présente une coloration d'un rouge plus ou moins vif, surtout au voisinage du méat urinaire, qui est plus enflammé que le reste. La chemise est tachée par cet écoulement, en avant et en arrière, chez les très jeunes enfants; mais au fur et à mesure que l'on observe des filles ou des femmes plus âgées, c'est en arrière de la chemise presque exclusivement que les taches se rencontrent. Cette circonstance s'explique par les détails anatomiques que nous avons exposés au commencement de cet article, et elle vient même les confirmer.

Lorsque l'écoulement existe seul, il se présente la question de savoir s'il est dû à une infection vénérienne ou à une autre cause. Cette question peut jeter le médecin dans une grande incertitude. Chez une très jeune fille, une affection catarrhale de la muqueuse du vagin peut le produire; et très souvent l'écoulement, dépendant d'une affection catarrhale et surtout de la *masturbation*, est *aussi abondant* et *aussi coloré* que lorsqu'il a été communiqué. C'est ce dont nous nous sommes assuré à l'occasion de l'affaire d'expertise suivante :

OBS. LI. — La jeune fille M... aurait été l'objet de tentative de viol du 10 au 12 septembre. A son dire, le sieur R... l'aurait à deux époques différentes mise sur un lit, lui aurait relevé le tablier sur la figure, et se serait amusé sur elle une fois en l'absence de sa maîtresse, une autre fois dans la chambre voisine. Ses parents ont reconnu, le 14 septembre, un écoulement, aux taches de la chemise qu'elle portait. Un médecin a constaté, le 16, 1° un gonflement considérable de toutes les parties génitales externes, porté à ce point que le volume de la membrane muqueuse a empêché de voir l'hymen; une rougeur très grande de ces parties et un écoulement abondant.

De son côté, R... *a un membre viril énorme*, et disproportionné avec les organes génitaux de l'enfant; il ne porte pas de traces d'écoulement.

Aujourd'hui 6 octobre, plus de rougeur, de gonflement; le clitoris est très développé; le bord libre de la membrane hymen est échancré à l'union de ses deux tiers gauches avec le tiers droit; la lèvre gauche de cette échancrure est épaissie et comme mamelonnée; cette division ne siége pas dans toute l'étendue de la membrane hymen.

Il existe un écoulement très abondant; il est d'un vert foncé, épais, plastique; la chemise est tachée tant en avant qu'en arrière, mais surtout en arrière. L'enfant porte le cachet de la masturbation habituelle.

D'où nous concluons :

1° Que la petite fille M... a un écoulement qui peut tout aussi bien avoir été le fait d'une inflammation provoquée par les attouchements réitérés de la masturbation, que de violences exercées sur les parties génitales.

2° Qu'elle ne porte pas de traces *certaines* de défloration, mais seulement un indice.

3° Que le moral de cette enfant est aussi développé qu'il peut l'être à cet âge.

4° Que le volume du membre viril du sieur R... est tellement disproportionné avec la capacité des parties génitales de cette jeune fille, que son introduction y serait impossible, à moins de désordres graves.

Analyse de taches dans le même cas.

Nous, M.-G.-A. Devergie, et J.-B. Chevallier, chimistes, chargés, par une ordonnance de M. Barb..., juge d'instruction, en date du 3 octobre 1834, *d'examiner les taches qui existent* 1° *sur une couverture de coton;* 2° *sur une chemise d'enfant; d'en déterminer la nature, et de constater notamment si ce sont des taches de sang ou de sperme;* nous nous sommes rendus, le 4 courant, dans le cabinet de M. le juge d'instruction, où il nous a été fait remise des objets désignés plus haut. Nous avons procédé à leur examen et à leur analyse dans le laboratoire de l'un de nous.

Examen de la couverture de coton. — On y observe : 1° une tache ronde de quatre pouces de diamètre environ ; elle est due à de l'huile ; 2° auprès de la précédente, une tache d'un pouce et demi de diamètre, formée par le contact de matières fécales ; 3° deux grandes taches qui offrent tous les caractères d'une étoffe roussie par un fer chaud ; 4° un grand nombre d'autres taches de divers aspects, mais qui n'ont pas de rapport avec celles du sang ou du sperme. La couverture ne paraît pas avoir été lavée dans quelque point isolé où aurait pu être déposé du sperme, car on y apercevrait des traces de lavage consistant dans une plaque plus blanche et plus *empesée* que le reste du tissu.

Examen de la chemise. — Cette chemise, en toile très usée, paraît appartenir à un enfant de huit à dix ans. On y remarque quatre espèces de taches. Les premières, placées sur toute la partie supérieure de la chemise, très nombreuses, très petites, sont évidemment le résultat de piqûres de puces. Les secondes, au nombre de cinq, de deux à trois lignes de largeur sur quatre à cinq de longueur, occupent le côté droit de la chemise ; elles paraissent formées par du sang. Les troisièmes, très nombreuses et très larges, d'une teinte jaune ou jaune verdâtre, sont situées sur le devant et principalement sur le derrière de ce vêtement ; elles nous paraissent provenir en général d'un écoulement morbide des parties génitales. Enfin, les quatrièmes, d'un jaune rougeâtre, sont dues à des matières fécales.

Parmi les taches jaunes, il en est quelques unes d'un blanc grisâtre, tirant légèrement sur le jaune. Elles ont principalement fixé notre attention, comme ayant quelque analogie avec des taches de sperme. Nous les avons enlevées, ainsi que quelques portions de taches d'un jaune vert, et nous les avons soumises comparativement aux expériences suivantes.

Elles ont été exposées à une douce chaleur pendant un temps suffisamment long ; elles se sont foncées en couleur. On les a fait macérer pendant deux heures dans l'eau, en ayant soin de comprimer le tissu avec une baguette de verre. L'eau est devenue laiteuse et plus ou moins blanche, ou d'un blanc avec reflet jaune, suivant l'intensité de coloration des morceaux de linge. On a pris les liqueurs, qui exhalaient une *odeur de lessive;* on les a portées à l'ébullition dans des tubes en verre. Il s'est coagulé beaucoup plus d'albumine dans le liquide provenant du linge fortement taché. Les liqueurs ont été filtrées, introduites dans des capsules de verre, soumises à une évaporation lente au bain de sable.

Elles ont conservé leur transparence, sont devenues légèrement poisseuses, ont exhalé une odeur plus forte, et ont donné des flocons blancs quand on les a traitées par l'alcool. Ces flocons étaient encore en plus grande quantité dans le liquide du linge fortement taché.

Ces expériences ont été répétées sur des taches d'un jaune vert, dépendant très certainement d'un écoulement; elles ont donné les mêmes résultats.

Prenant alors les diverses portions du linge que l'on avait fait macérer, on les a desséchées, et elles se sont *empesées* très fortement.

Les cinq petites taches regardées comme le résultat de l'imbibition du tissu par du sang ont été mises en macération dans l'eau distillée pendant deux heures. Le liquide a pris une teinte rosée. Soumis à l'ébullition, il s'est décoloré en prenant une teinte grise. Décanté et traité par la potasse, il a fourni une liqueur verte vue par réflexion de la lumière, et rougeâtre vue par réfraction. L'addition du chlore l'a troublé.

Quant aux taches que nous supposions être formées par des matières fécales, elles ont donné, par une macération de deux heures, un liquide jaune qui, soumis à l'évaporation, a développé l'odeur caractéristique de ces matières.

Des faits et expériences qui précèdent nous concluons :

1° Que la couverture de coton ne porte pas de traces de taches de sperme ou de sang ;

2e Que parmi les taches de la chemise, les unes sont formées par la matière d'un écoulement morbide, ce sont les plus nombreuses; les autres par des matières fécales, et quelques unes, très petites, par une quantité très faible de sang.

3° Que la situation de ces dernières taches et leur petite dimension ne nous paraissent pas avoir de rapport avec les traces de violences qui sont ordinairement les conséquences d'un viol.

Rien n'est plus commun que les écoulements chez les enfants. Ils surviennent souvent sans cause appréciable ; mais pour qu'une personne ait un écoulement dont la nature, la durée et les symptômes soient syphilitiques, il faut nécessairement qu'il ait été communiqué, et, par conséquent, que la personne qui a causé l'atteinte à la pudeur soit aussi affectée de la même maladie, ou qu'elle ait des symptômes syphilitiques entraînant une suppuration. Voici un cas dans lequel l'absence de coïncidence d'écoulement exclut les soupçons d'infection de ce genre communiquée par le prévenu.

Soupçons de tentative de viol. Ecoulement. Excroissance.

Obs LII. — Nous, M.-G.-A. D.., docteur en médecine, en vertu d'une ordonnance de M. G..., juge d'instruction, nous sommes rendu, le 17 mars 1834, chez le sieur L..., parqueteur, rue des Rosiers, n° , à l'effet de le *visiter; de constater s'il est atteint d'un écoulement*, et aussi chez la femme L..., chapelière, rue des Gravilliers, n° , pour y voir l'enfant Rosalie-Pascaline L..., âgée de sept ans, et déterminer

si *elle porte des traces de viol, de tentative de viol ou de tout autre attentat à la pudeur, et particulièrement si elle est encore atteinte d'un écoulement; quelle en est la cause, et s'il existe de l'analogie entre cet écoulement et celui que porterait le sieur L...*

Les parties génitales du sieur L... sont saines; elles ne présentent pas de traces d'écoulement.

Quant à la jeune fille L..., elle avait été transférée à l'Enfant-Jésus, salle Sainte-Catherine, n° 29.

Nous nous y sommes rendu le lendemain, et nous avons appris d'elle les détails suivants. Elle se portait bien quand elle a été placée chez le sieur L...; elle couchait habituellement aux pieds de son lit. Une nuit, il la prend pendant qu'elle dormait, la place sur lui, et lui met son membre viril entre les jambes; il lui fait mal, et l'enfant jette des cris. *Ces détails nous sont donnés avec beaucoup d'intelligence.* Il existe un écoulement jaunâtre aux parties génitales de cet enfant. La membrane hymen et les petites lèvres sont un peu rouges et un peu enflammées; mais cette membrane existe encore dans son intégrité; on trouve en dehors de la petite lèvre gauche une petite végétation rouge à surface lisse et d'apparence charnue. La constitution de cette enfant, sans porter le cachet du scrofule, n'est pas très bonne. Le teint est pâle, les yeux cernés, les membres grêles; il existe à la tête quelques croûtes de teigne (dites croûtes laiteuses ou galons). Depuis son entrée, on lui a fait prendre des bains de Barège; et attendu la circonstance de la végétation, nous nous proposons de visiter de nouveau cette enfant.

Et le 28 mars, un nouvel examen a eu lieu. Nous avons trouvé la petite L... dans le même état; pourtant l'écoulement était moindre.

Voulant acquérir la certitude de l'absence de tout symptôme d'affection vénérienne chez le sieur L..., nous l'avons encore visité le 5 avril, mais il ne nous en a pas présenté de traces.

Et le 15 du même mois, nous nous sommes rendu à l'hôpital des Enfants; nous y avons appris que la petite fille L... avait été renvoyée parfaitement guérie par le médecin de l'hôpital. Or, comme des bains de Barège ont été seuls employés, nous devons naturellement en inférer que l'excroissance n'était pas vénérienne.

D'où nous concluons :

1° Que L... ne présente aucun des caractères de l'affection syphilitique, et ne porte pas de trace d'écoulement par l'urètre;

2° Que la petite fille L... avait un écoulement abondant par les parties génitales, ainsi qu'une excroissance;

3° Que cet écoulement et cette excroissance peuvent tout aussi bien avoir été le résultat de la constitution de l'enfant, que d'attouchements faits aux parties génitales;

4° Qu'elle ne présente aucun des caractères de la défloration, ni aucun des indices d'une tentative de viol.

Enfin, il faut ordinairement que le début de l'écoulement coïncide avec le troisième ou quatrième jour qui a suivi l'époque de la tentative de viol.

Si ces principes sont généralement vrais, ils souffrent cependant un grand nombre d'exceptions, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme qui a eu des rapports avec les hommes. On se de-

mandera, d'abord, si un homme peut communiquer un écoulement dans toutes les périodes de sa durée ? Or, on sait qu'il est un grand nombre d'individus qui conservent des restes de blennorrhagie, souvent même assez notables, et qui voient des femmes sans les infecter. Où sont alors les limites possibles d'un pareil défaut d'infection, et partant la preuve que l'écoulement a été réellement communiqué? Un homme qui n'a pas d'écoulement, qui cohabite avec une femme saine, ne peut-il pas, par les attouchements de toute sorte auxquels il se livre, développer une affection catarrhale locale, simulant la blennorrhagie vénérienne, comme dans le cas où un homme sain, voyant une femme exempte de tout symptôme vénérien, est affecté d'un écoulement par suite des manœuvres stimulantes auxquelles il s'est livré pendant le coït? Toutefois, cette objection n'a pas autant de prise qu'on pourrait bien le croire au premier abord en fait de viol ; l'acte du coït est toujours plus ou moins incomplet, et par conséquent la dernière cause d'écoulement que je viens de noter ne s'y rencontre que très rarement. Enfin, la masturbation à elle seule ne peut-elle pas produire un pareil résultat ? — On voit donc, en résumé, que, pour porter un jugement dans une circonstance de ce genre, il faut pouvoir réunir un assez grand nombre de documents. Il faut : 1° que l'homme accusé ait un écoulement, ou une des formes de l'affection syphilitique qui entraîne avec elle la suppuration ; 2° que la date de l'invasion de l'écoulement de la jeune fille coïncide avec le troisième, le quatrième ou le cinquième jour qui a suivi la tentative du viol ; 3° qu'il soit bien prouvé qu'avant cette époque la jeune fille n'avait pas d'affection de même nature ; 4° enfin qu'elle n'a pas cohabité avec aucun autre individu infecté. Les médecins ne sauraient prendre trop de précautions à cet égard. Ils ne doivent accueillir qu'avec la plus grande réserve les plaintes des parents qui, à ce sujet, sont toujours disposés à regarder les écoulements que peuvent avoir leurs enfants comme une preuve certaine de viol. M. Capuron rapporte à ce sujet l'exemple suivant. En 1802, ce médecin est appelé pour visiter une fille de quatre ans qui rendait par la vulve une mucosité blanchâtre des plus âcres. Les grandes lèvres et le

mont de Vénus étaient rouges, gonflés et douloureux. Il y avait même des *ulcérations* assez profondes, dont la suppuration ressemblait à l'écoulement vulvaire. L'enfant était depuis quelque temps enrhumée et tourmentée d'une fièvre qui redoublait le soir et dans la nuit. Le père et la mère étaient d'autant plus alarmés, qu'ils regardaient la maladie des organes génitaux comme la suite d'une affection vénérienne et criaient au viol. Ce n'était autre chose qu'une affection catarrhale qui régnait épidémiquement à Paris, et qui céda dans un court espace de temps à un régime adoucissant. En 1809, il eut encore occasion d'observer une leucorrhée des plus aiguës sur une fille de six ans, maladie qui aurait été certainement bien plus alarmante et aurait fait naître encore plus de soupçons, si les parents n'avaient été inaccessibles à la persuasion (Capuron, *Médecine légale*, pages 41 et 42). J'ai visité un grand nombre d'enfants dans le but de rechercher quelles sont les inductions que l'on peut tirer de la présence des écoulements chez eux, et je puis assurer que ces écoulements peuvent coïncider avec les apparences extérieures les plus grandes de la santé. Ils disparaissent presque tous au moyen de quelques bains de Barège. J'ai vu un enfant à l'égard duquel on avait élevé des soupçons de viol, et qui avait un écoulement; mais la mère, questionnée par nous, avoua qu'à plusieurs reprises sa petite fille avait été atteinte de pareille maladie, qu'elle avait la teigne, et que toutes les fois que celle-ci disparaissait il survenait un écoulement aux parties génitales.

Un second phénomène de la maladie syphilitique consiste dans *des ulcérations*. Ces ulcérations peuvent exister seules, ou accompagner un écoulement; dans les deux cas elles peuvent aussi dépendre de causes différentes, et ces causes sont analogues à celles que nous avons énoncées à l'occasion des écoulements. Il est souvent difficile de distinguer des ulcérations syphilitiques d'avec des ulcérations provenant du contact d'une humeur âcre avec les parties sexuelles, comme dans l'exemple rapporté plus haut par M. Capuron. Il faut donc observer avec soin si les ulcérations ont des bords taillés à pic et calleux; si elles sont grisâtres à leur centre, rouges à leur circonférence,

bien arrondies, comme lorsqu'elles sont de nature vénérienne; ou si, au contraire, elles sont superficielles, à forme inégalement ronde, généralement rosées, ou légèrement blanchâtres à leur centre, comme dans les affections aphtheuses. Que si l'on découvrait des excroissances à l'entrée du vagin, il faudrait se prémunir contre l'erreur que l'on pourrait commettre en prenant pour telles les caroncules myrtiformes. L'observation citée (page 365) est une preuve que des excroissances peuvent survenir sans qu'elles reconnaissent pour cause l'infection vénérienne. Quant aux pustules, il faut bien se garder de prendre pour cette affection des boutons à leur début. — Mais un phénomène qui accompagne souvent l'affection syphilitique communiquée est l'existence d'engorgement aux aines, constituant ou ne constituant pas des bubons. Ici, il peut encore y avoir méprise, en ce sens que l'on prendrait pour un bubon ou un engorgement vénérien ce qui ne dépendrait, par exemple, que d'une excoriation au gros orteil; rien de plus commun que de rencontrer les glandes inguinales inférieures engorgées dans ces sortes de cas, tandis que ce sont les glandes inguinales internes qui constituent un des principaux caractères de l'affection vénérienne.

Telles sont les données générales qui devront guider le médecin dans son expertise.

Des recherches microscopiques sur la nature des mucus, faites par M. Donné et publiées en 1837, ont conduit ce médecin à reconnaître dans le pus des chancres du gland et de la vulve des animalcules ayant la forme des vibrions décrits par Müller sous le nom de *vibrio lineola*, et quoique cette espèce d'animalcule se développe et se multiplie avec tant de rapidité dans les matières animales en putréfaction, elle ne fut pas retrouvée dans des pus même infects provenant de sources différentes, non plus que dans celui des bubons, des vaginites, ou des blennorrhagies. Mais *on l'a rencontrée* dans certains cas de balanites. Or, on sait que les auteurs sont loin de regarder les balanites comme syphilitiques. M. Donné pense que bon nombre d'entre elles doivent être considérées comme telles; c'est là une assertion à l'appui de sa découverte, mais ce n'est pas une preuve. D'ailleurs,

ainsi que le dit M. Donné, comment distinguer la balanite syphilitique de celle qui n'est pas vénérienne. Les vibrions fourniraient un moyen de les différencier, mais il faudrait auparavant démontrer que ces animalcules ne se développent pas dans les inflammations du gland qui ne sont pas vénériennes. M. Donné a inoculé ce pus des chancres et fait naître des pustules séro-purulentes, dans le liquide desquelles existaient des vibrions. Mais cette reproduction n'a pas été constante.

Toutes les fois que dans l'inflammation du vagin la sécrétion du mucus est seulement augmentée, on ne trouve dans la matière sécrétée que des pellicules ou petites écailles, petits corps ovalaires quatre ou cinq fois plus gros que des globules muqueux. Ces derniers ne s'y rencontrent pas, et il n'y existe aucun animalcule. Leuwenhoeck a le premier observé ces pellicules ou écailles; M. Raspail les a regardées comme les débris de la désorganisation normale et quotidienne de l'épithélium. Chaque écaille est percée à son centre d'un trou qui pourrait correspondre à l'orifice des follicules. Si la sécrétion est purulente, alors les globules du pus apparaissent mêlés ou non avec des écailles. Lorsqu'au contraire, suivant M. Donné, la vaginite purulente est syphilitique; on y rencontre un animalcule nouveau qu'il a nommé *trico-monas vaginal*. Cet animalcule est le plus souvent de forme elliptique; il se meut à la manière des sangsues, mais en général il se déplace peu. Il s'allonge et semble se fixer au moyen d'une matière visqueuse qu'il possède en arrière, et que l'on voit s'allonger en forme de queue. Il est muni antérieurement d'un long appendice filiforme, extrêmement tenu, qu'il agite avec force et en tous sens, et qui paraît lui servir, tant à toucher les objets, qu'à chasser vers un point de son corps, où il existe probablement une cavité, le liquide et les parcelles servant à sa nourriture. Cet appendice a une longueur à peu près double de celle du corps; elle est quelquefois double ou bifurquée; à la naissance de cet appendice, mais d'un seul côté, il en existe plusieurs autres beaucoup plus petits. Le corps se termine ordinairement par quelques inégalités d'une forme indéterminée, dont l'animal paraît se servir pour s'accrocher aux corps environnants.

M. Ricord (*Traité pratique des mal. vén.*, p. 56 et suiv.) a fait des objections sur ce travail, que nous allons reproduire, parce qu'elles démontrent qu'il est impossible dans l'état actuel de la science d'appliquer ces caractères à la médecine légale. Il fait remarquer : 1° que si la présence des vibrions indique la nature syphilitique du pus, on devrait retrouver ces animalcules partout où il y a du pus syphilitique; on ne le rencontre pas dans les bubons et dans les ulcères qui siégent ailleurs que sur la verge ou dans le vagin. 2° Que dans la balanite, qui est rarement vénérienne, on a au contraire trouvé des vibrions. 3° Qu'il suffit de cautériser un chancre pour qu'il ne donne plus de vibrions, et cependant le chancre persiste et sa nature vénérienne ne saurait être détruite par la cautérisation. Enfin, quant au trico-monas, M. Ricord fait sentir le peu de portée d'un caractère de la nature vénérienne d'un écoulement, qu'il suffira d'une injection alcaline pour le faire disparaître, quoique la maladie persiste. Il ajoute qu'il a dû être impossible à M. Donné de distinguer d'une manière certaine les vaginites vénériennes de celles qui ne le sont pas, et qu'il y a tout lieu de croire que les vibrions et les trico-monas sont des produits d'une certaine fermentation du pus dans des états morbides placés dans des conditions particulières.

Résumé de tout ce qui concerne le viol.

Le viol peut avoir lieu sur une personne de l'un et de l'autre sexe. — Il peut être effectué à tout âge; cependant, c'est surtout depuis trois ans jusqu'à dix-huit que ce crime se commet presque toujours. — Il s'adresse plus particulièrement à des filles vierges qu'à celles qui ont eu des rapports avec les hommes.

Le médecin n'est jamais tenu de déclarer que le viol a été ou n'a pas été commis, mais bien de déterminer si la personne que l'on suppose violée et celle qui est sous l'inculpation d'un viol présentent des traces de violences ou d'autres indices qui puissent établir des présomptions sur ce crime. Et, quoi qu'il arrive, il ne peut que fort rarement établir la preuve certaine du

viol avec les seuls documents qu'il puise dans l'examen qu'il est appelé à faire ; car il lui manque ceux qui se rattachent à l'action en elle-même, et qu'il ne connaît qu'à titre de renseignements et non pas à titre de preuves ; en sorte que dans les circonstances les plus favorables à la solution de la question par l'affirmative, il est obligé de partir de ce point : Si d'ailleurs les renseignements qui nous ont été fournis sont exacts ; il y a tout lieu de croire *alors* que les altérations observées sont le fait d'un viol.

Les altérations matérielles dépendant du viol doivent être constatées dans les trois, quatre ou cinq jours qui suivent la tentative présumée ; au cas contraire, on risque beaucoup de ne plus trouver que vague et incertitude.

Parmi ces altérations, celle qui fournit l'indice le plus probant sur l'existence du crime est la défloration récente. Elle acquiert encore de la valeur lorsqu'elle est accompagnée d'excoriations aux petites et aux grandes lèvres, de rougeur, de gonflement de ces parties, de contusions superficielles aux parties génitales ou non loin d'elles ; de contusions aux poignets ou aux seins, et surtout de l'existence du sperme en avant de la chemise, et des *deux espèces* de taches de sang en arrière, l'une formée par *du sang pur*, l'autre par de la sérosité sanguinolente.

Il est *presque impossible* de rencontrer l'ensemble de ces faits sur une personne qui a simulé le viol : 1° parce qu'il faut d'abord la coïncidence d'un homme et d'une femme pour les produire ; 2° parce qu'une mère regardera toujours à produire à sa fille des violences du genre de celles que nous supposons ; 3° parce que celle-ci se soumettra très difficilement à endurer les douleurs que la formation de ces violences pourrait entraîner. — L'ensemble des altérations que nous avons groupées ne devra jamais se rencontrer que sur une personne de quinze à dix-huit ans au plus, parce que leur confection suppose d'abord une intelligence de l'acte auquel le violateur veut se livrer, et ensuite une force assez grande pour opposer une résistance puissante à ses tentatives. — Ces altérations peuvent être observées sans qu'il y ait eu viol : c'est le cas où des amants mal-

adroits s'élancent pour la première fois dans la carrière des jouissances, ou bien encore celui où il y a, dans l'origine, tentative de viol contre une personne, et que celle-ci, qui n'a pas une haine marquée pour l'individu qui l'exerce, cède enfin tout volontairement à ses caresses. La question de viol sera alors résolue par les magistrats, et non par les médecins.

Chez les très jeunes enfants, l'acte du viol n'aura presque jamais, pour ne pas dire jamais, été consommé avec le *membre viril.* Il y a trop de disproportion entre les dimensions respectives des parties génitales. — Dans la presque totalité des cas, le viol n'aura pas été consommé, en ce sens que l'hymen sera restée intacte. C'est pour cela que si les présomptions de viol sont si communes, les jugements qui ont constaté le viol accompli sont non seulement rares, mais encore les poursuites pour le crime de viol, dans ce cas, sont très fréquemment terminées par un arrêt de non-lieu de la chambre des mises en accusation à cause d'un défaut de preuves matérielles, ou par une ordonnance de la chambre du conseil par suite du rapport qui a été fait par les médecins experts.

Lorsque les femmes ont déjà cohabité avec des hommes, et à plus forte raison quand elles ont eu des enfants, on trouve très rarement des traces matérielles de viol sur les organes de la génération; car, pour qu'elles existent, il faut que l'auteur du viol ait été aidé par des complices, ou qu'il y ait une grande supériorité de force entre l'accusé et la plaignante. Dans tous les cas, ces désordres porteront plutôt sur les grandes lèvres et sur les environs des parties génitales, que sur les parties placées dans leur intérieur.

Ce n'est pas exagérer que de dire que le médecin trouvera seulement un exemple sur mille, de viol consommé chez une femme qui a eu des enfants, à l'exception du cas où la réunion de plusieurs personnes a été nécessaire pour accomplir le crime.

Lorsque le crime de viol a été commis sur une femme, il ne laisse le plus souvent que des traces incertaines de son existence.

Le viol peut être opéré pendant une syncope, ou pendant les effets de narcotiques qui auraient été administrés, sans qu'il en résulte aucun désordre matériel notable, et sans que la femme

puisse en avoir eu la connaissance. On ne peut pas mettre ce fait en doute, quand on sait que les douleurs de l'accouchement ont été insuffisantes pour tirer du narcotisme des femmes qui étaient sous son influence.

Il n'en serait pas de même du sommeil naturel. Nul doute que si la fille est vierge, elle ne soit éveillée par les douleurs du viol; mais alors n'a-t-il pas pu être opéré avant le réveil, qui n'en est que la conséquence? La défloration, dans ce cas, serait donc la seule preuve du crime.

Les moyens qu'une fille pubère ou une femme peuvent opposer à l'accomplissement du viol sont très puissants. Il suffit qu'elle s'agite et qu'elle se débatte pour résister aux tentatives qui sont exercées contre elle. C'est aux magistrats et aux jurés qu'il appartient d'apprécier quelle a pu être la gravité de la lutte, en raison du temps pendant lequel la lutte a été engagée et en raison de ses effets. Toujours est-il constant qu'il suffit du moindre mouvement latéral du bassin pour s'opposer à l'introduction du membre viril; et qu'une femme expérimentée, qui saurait toute l'influence d'un pareil mouvement, perdra dix fois moins de force que l'homme qui épuise ses ressources en des manœuvres inutiles et préliminaires à l'accomplissement de l'acte qu'il se propose d'accomplir. Il n'en serait pas de même d'une jeune personne sans expérience, qui épuiserait au contraire ses forces de prime abord, afin de ne pas permettre même des attouchements.

Il est peu de preuves plus puissantes de l'acte de la copulation, que la coïncidence des mêmes symptômes syphilitiques chez l'accusé et la plaignante, mais ces caractères ne prouvent que cet acte. Encore s'il s'agissait d'une fille publique, ou même d'une femme de mœurs équivoques, aurait-on à se demander si l'inculpé est l'auteur de la maladie. Ce sont des questions qu'il n'appartient pas au médecin de résoudre, mais dont il doit faire connaître l'origine possible.

De ce qu'une femme devient enceinte après la tentative de viol, ce n'est pas une raison de croire qu'elle ait consenti à cette tentative, puisqu'il ne dépend pas de sa volonté de concevoir, et que la conception peut s'opérer pendant l'ivresse la

plus complète, le narcotisme, la syncope, un accès d'hystérie avec perte de connaissance.

La mort peut être la conséquence immédiate du viol. Elle est due alors à une syncope qui provient de la honte et de l'horreur auxquelles peut être en proie une femme lorsqu'elle est violée. C'est ce que l'on a observé fréquemment pendant les guerres, où plusieurs soldats, se livrant à une débauche effrénée, ont abusé coup sur coup d'une femme jusqu'au moment où celle-ci a succombé sous l'influence de leur horrible brutalité.

Après avoir envisagé d'une manière spéciale les diverses preuves matérielles du viol, il nous faudrait peut-être grouper ces faits, afin de voir à quelles conséquences ils peuvent conduire, d'après leur valeur d'ensemble. Il nous a paru plus utile d'exposer à la fin de cet article quelques uns des rapports que nous avons été appelés à faire en matière de viol. Ils serviront, en effet, à diriger les médecins lorsqu'ils seront consultés dans des circonstances analogues.

Conduite du médecin légiste dans les expertises en matière de viol.

L'expert, en cas de viol, a presque toujours deux personnes à visiter : l'une est la plaignante, l'autre est l'accusé. — Il n'est pas toujours indifférent de donner la priorité à l'une ou à l'autre des deux parties ; les circonstances particulières au crime doivent alors diriger l'expert dans ce choix.

C'est surtout dans les cas de viol que le médecin doit posséder tous les documents dont se compose déjà l'instruction, afin d'imprimer à ses questions une direction plus favorable à la recherche de la vérité.

En thèse générale, le médecin doit être mis à même de comparer les désordres qu'il a constatés avec l'instrument vulnérant ; soit le pénis de l'homme, soit les corps divers employés à les produire. Il doit demander au magistrat qui le commet de lui en fournir les moyens. C'est en agissant ainsi que plusieurs cas de viol ont été démontrés impossibles : soit qu'il existât une grande disproportion d'âge entre l'inculpé et la plaignante, soit qu'il y eût une grande disproportion de volume entre le

pénis et la vulve; ou que l'homme fût dans l'impossibilité d'entrer en érection par le fait de l'âge; qu'un état maladif eût épuisé ses forces; que le membre viril manquât ou présentât une conformation vicieuse. (*Voy.* Cas de nullité de mariage pour les vices de conformation des parties génitales.)

Pierre Nocetti, accusé d'avoir violé une fille vierge, est jeté dans les cachots; les sages-femmes nommées d'office pour visiter la plaignante avaient déclaré avoir trouvé ses parties très rouges avec certains signes de viol. Zacchias prouva, au contraire, par l'exiguïté et l'état flasque du membre viril du prévenu et par l'ampleur des parties génitales de la plaignante, lesquelles étaient abreuvées d'un flux blanc continuel, qu'il n'y avait aucun rapport entre les parties de l'un et celles de l'autre; et qu'à supposer qu'il y ait eu défloration récente, ce qui n'était pas, il y aurait eu en même temps impossibilité absolue que Nocetti en eût été l'auteur.

Erminio est accusé d'avoir violé Virginie. De trois sages-femmes commises pour la visiter, deux avaient rapporté avoir trouvé une dilatation avec d'autres signes de viol : la troisième avait, au contraire, déclaré n'avoir trouvé aucune dilatation contre nature; les nymphes étaient dans leur état ordinaire, les parties étaient très sèches et n'annonçaient pas de défloration. La question est soumise à Zacchias et à un autre anatomiste. Un des motifs de leur solution par la négative fut que, comparaison faite des organes respectifs, l'état chétif du pénis de l'accusé ne coïncidait nullement avec la dilatation annoncée des organes de Virginie. (*Zacchias*, *Questiones med. eg. Concilia*, 34 *et* 42.)

Dans l'examen que fait le médecin de la plaignante, il ne doit jamais manquer de s'enquérir des circonstances de moralité qui peuvent s'y rattacher, et surtout du fait de savoir si la personne est adonnée ou non à la masturbation. Les formes que la personne emploie pour consentir à la visite doivent fixer son attention. Il en est de même de son degré d'intelligence. Une jeune fille peut être imbécile à vingt ans, et très intelligente à douze.

L'expert n'adressera jamais de questions indiscrètes; en gé-

néral il donnera à ses demandes une forme telle, qu'elle fasse dire aux enfants ce qu'ils savent, et qu'elle ne leur apprenne pas ce qu'ils ignorent.

Il faut toujours questionner les enfants après les avoir isolés de leurs parents. — Il faut toujours au contraire les visiter en présence de leurs parents. — C'est d'abord de l'enfant que l'on doit prendre des renseignements, ce n'est que secondairement qu'on questionne la mère.

On ne doit jamais prévenir les parents de la visite que l'on va faire. — C'est au domicile même des personnes à examiner que la visite doit avoir lieu. — Ce n'est pas seulement le linge que porte actuellement la personne objet de l'examen que l'on doit observer ; mais encore, autant qu'il est possible, celui qui a été sali à une époque antérieure au crime.—Les hommes qui ont un intérêt puissant à cacher des restes d'écoulement, ont grand soin de porter du linge blanc quand l'expert les invite à se rendre chez lui. Ils prennent aussi la précaution d'uriner avant de subir la visite. — Un médecin ne peut jamais *exiger* l'exécution du mandat dont il est chargé. Quand la personne s'y refuse, il doit en référer immédiatement au magistrat qui l'a délégué, afin que ce dernier avise aux moyens propres à assurer l'exécution de l'ordonnance qu'il a rendue.

La visite des traces matérielles du viol doit être faite avec méthode. On portera son attention sur la surface extérieure du corps, à l'effet de rechercher s'il n'existerait pas des indices de violence aux poignets, à la figure ou aux seins. — On fera ensuite placer l'enfant ou la personne sur un lit ; — on ouvrira les cuisses, et on notera le mode d'écartement des parties génitales. On examinera successivement et avec le plus grand soin les grandes lèvres, les petites lèvres, la fourchette, le développement du clitoris, le degré d'ouverture du vagin ; enfin, la membrane hymen. — Chez beaucoup d'enfants, les parties génitales sont tellement enfoncées, qu'il faut écarter les petites lèvres et les porter tout-à-fait en dehors pour apercevoir la membrane hymen. Souvent même il est bon d'écarter son bord libre avec un stylet ou un corps mousse de peu de volume, pour bien juger de sa forme, de son intégrité, ou des

modifications qu'elle a pu subir. — Beaucoup de médecins se servent d'expressions vagues pour peindre ce qu'ils ont vu; ainsi quelques uns se bornent à dire : Il existe des traces de violences sur telle ou telle partie; ou bien : Telle partie est *froissée;* ou bien : La membrane hymen n'existe pas. Ces détails sont trop vagues; il faut peindre ce que l'on observe. S'il y a une contusion, dire ce qui la caractérise; si la membrane hymen n'existe pas, énoncer par quoi elle est remplacée; si on trouve une ulcération, faire connaître son étendue, sa forme, l'état de sa surface, de manière à prouver que l'on a bien vu ce que l'on énonce. — La malpropreté est souvent une cause d'écoulement, il est donc nécessaire d'en tenir compte à l'égard des personnes que l'on examine.

Quand on visite un homme, il est nécessaire de le questionner sur ses antécédents, de rechercher s'il ne porte pas au nez, au palais, à la gorge, aux aines et à la verge, des indices d'une affection syphilitique ancienne. Il faut noter la force et la constitution du sujet; le volume du membre viril, et le comparer avec le diamètre des parties génitales de la femme ou de l'enfant; — comprimer la verge de sa racine à son sommet, afin d'exprimer du canal de l'urètre le liquide qu'il peut contenir; en un mot, se conduire comme si l'on avait à constater une maladie vénérienne.

Il est une omission que font la plupart des médecins : elle consiste à ne pas explorer l'anus chez les deux individus entre lesquels on suppose que des rapports ont existé. On y trouverait souvent des indices utiles aux cas pour lesquels on est appelé.

Jusqu'alors, nous ne nous sommes occupé que de ce qui a rapport au viol; c'est qu'en effet les autres attentats à la pudeur sont loin d'offrir le même intérêt, et d'ailleurs, s'ils sont opérés avec violence, ils présentent tous les désordres qui appartiennent au viol, à l'exception de leur siége qui peut être différent. Les violences se caractérisent toujours par les mêmes phénomènes.

Quant à la pédérastie, rien n'est plus difficile à constater que ce vice; il est impossible de déterminer si cet acte a été accompli lorsqu'il n'a été opéré qu'une fois, à moins de conditions

toutes particulières, celles que pourrait supposer une brutalité jusqu'alors sans exemple. Et quant à reconnaître l'habitude de cet acte honteux, nous déclarons qu'il faut qu'elle soit portée très loin pour qu'on puisse la constater. On a donné comme un moyen d'arriver à ce résultat la disposition de l'anus en infundibulum, ainsi que sa dilatation, et le relâchement du sphincter : ces caractères, nous ne les avons vus qu'une seule fois, dans l'affaire Benoît (assassinat). Dans l'affaire Tessier, il existait une disposition beaucoup moins prononcée chez les deux individus; aussi nous n'avons pu que nous prononcer d'une manière douteuse à cet égard. Nous ne saurions donc trop inviter les médecins à se tenir en garde contre ces sortes de dispositions de l'anus et des fesses, qui peuvent leur faire porter un jugement préjudiciable à l'honneur de toute une famille dans la personne d'un de ses membres.

Attentat à la pudeur sans violence sur une petite fille de onze ans.

Obs. LIII. — Nous, C.-P. Ollivier, docteur en médecine, M.-G.-A. Devergie, professeur agrégé près la Faculté de médecine, nous nous sommes rendus aujourd'hui, 22 juin 1834, rue de Cléry, n° , chez la dame L..., à l'effet de visiter la demoiselle Thérèse Étienne, âgée de onze ans, et de déterminer *si elle porte sur les diverses parties du corps des traces quelconques de défloration ou de violences; à quelle cause cette défloration et ces violences peuvent être rapportées; dans quelles circonstances elles ont pu être produites, et à l'aide de quels moyens elles ont été causées;* le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. L..., juge d'instruction, en date du...

La femme L... nous a appris que la petite Thérèse a disparu de chez elle, le 19 juin, à neuf heures du matin; qu'elle a fait des recherches vaines pour la trouver; qu'elle lui a été ramenée le lendemain à midi. Thérèse a déclaré qu'elle avait passé la nuit chez un monsieur avec qui elle avait couché; qu'à deux reprises différentes il s'était livré à des attouchements long-temps prolongés, attouchements qu'il avait opérés avec ses doigts seulement; qu'il n'avait, du reste, fait aucune tentative d'un autre genre.

Thérèse ne présente pas actuellement de traces de violences, sur quelque point du corps que ce soit. Les parties génitales sont tout-à-fait dans l'état normal, si l'on excepte une rougeur et une injection de vaisseaux qui se remarquent à l'entrée du vagin; mais les grandes et les petites lèvres, la fourchette et la membrane hymen, sont intactes.

La chemise porte, en avant et en arrière, plusieurs taches jaunâtres qui proviennent très probablement d'un écoulement des parties génitales.

La femme L... déclare que ces taches sont assez fréquentes chez cette jeune fille; que d'ailleurs depuis long-temps elle est adonnée à la masturbation; que, dans son très jeune âge, on a été forcé de l'attacher

dans son lit avec une camisole de force, pour lui faire perdre cette mauvaise habitude.

D'où nous concluons :

1° Que la jeune Thérèse ne présente pas de traces de viol ;
2° Qu'elle n'offre aucun des caractères qui constituent la défloration ;
3° Que la rougeur de l'entrée des parties génitales et les taches observées sur les chemises peuvent être facilement expliquées par les attouchements habituels auxquels cette jeune fille paraît se livrer.

Attentat à la pudeur non constaté sur un enfant de cinq ans.

OBS. LIV. — Les 8 et 9 février 1855, nous, M.-G.-A. D..., en vertu d'une ordonnance de M. G..., juge d'instruction, avons procédé à la visite de l'enfant Charlotte-Pauline B..., âgée de cinq ans, à l'effet de *constater son état actuel ; si elle porte les traces d'un écoulement vaginal : de donner notre avis sur la nature et les causes diverses qui auraient pu faire naître cet écoulement ; si le crime de viol ou des tentatives de viol auraient été commis et en auraient laissé des traces ; si une petite vésicule, déjà constatée, le 21 janvier dernier, par le docteur Brug..., existe encore à la partie supérieure de la face interne de la grande lèvre gauche ; de nous expliquer sur la nature et la cause de cette vésicule ; de donner notre avis sur la santé de l'enfant, et enfin sur la question de savoir, dans le cas où il paraîtrait que des attouchements auraient été exercés, s'ils peuvent avoir été faits par un doigt coupable.*

Et aussi, de procéder à la visite du sieur F..., dans le but de *déterminer s'il porte un écoulement ; si cet écoulement est récent ou ancien, et s'il y a de l'analogie entre cet écoulement et celui de la petite fille B...*

La fille B.. offre le cachet de la constitution scrofuleuse. Les os des jambes sont courbés en avant, comme dans le rachitisme. Sa mère déclare qu'il y a six mois seulement elle s'est aperçue que son enfant avait un écoulement *sanguin* par les parties génitales ; que cet écoulement a peu à peu perdu sa couleur rouge pour changer de nature et prendre les caractères d'un écoulement purulent d'un jaune verdâtre ; qu'il existait encore au 20 janvier dernier ; et que, par ses soins et les conseils d'un médecin, il a totalement disparu. F.., au contraire, affirme qu'il n'a jamais vu d'écoulement sanguin chez cette enfant ; mais que, dès 1853, époque à laquelle elle a été confiée à ses soins il existait un écoulement jaune verdâtre ; l'enfant avait de plus une teigne faveuse. Par un traitement approprié, la teigne a disparu. Il est survenu un grand nombre de poux, qui diminuaient notablement à certains intervalles, et c'est alors que l'écoulement reparaissait avec plus de force, pour diminuer ou disparaître presque complétement à la réapparition des poux. Son témoignage, sur la date de l'écoulement, est confirmé par le certificat du docteur B. .

Il résulte de l'examen des parties génitales de la petite fille B..., que non seulement elle ne présente pas de traces de viol ou de tentative de viol, mais encore qu'elle n'a pas d'écoulement, non plus que la vésicule signalée par le docteur B... Toutes les parties sont dans l'état normal ; seulement la membrane muqueuse est un peu plus injectée et plus rosée que de coutume. La sécrétion muqueuse y est plus abondante, en sorte que la moindre excitation, tout-à-fait étrangère à un attentat à la pudeur, suffirait certainement pour ramener un écoulement.

Les parties génitales du sieur F... sont dans l'état le plus sain, et ne présentent pas d'indices d'un écoulement ancien ou récent.

D'où nous concluons :

1° Que la jeune fille B... n'a pas aujourd'hui d'écoulement;
2° Qu'un écoulement a pu exister et remonter à l'année 1833;
3° Qu'il y a tout lieu de croire qu'il dépendait de la constitution scrofuleuse de l'enfant;
4° Que néanmoins des attouchements avec le doigt auraient pu le faire naître, mais qu'il n'est pas nécessaire d'admettre l'existence de cette cause pour concevoir son développement et sa permanence; les faits relatés par le sieur F... en donnent une explication satisfaisante;
5° Qu'il n'existe pas de traces de viol ou de tout autre attentat à la pudeur;
6° Qu'il n'existe pas de traces de vésicule sur la grande lèvre gauche; que cette vésicule a pu se développer spontanément et sans cause connue, et qu'elle n'est pas un indice de manœuvres coupables;
7° Que le nommé F... ne porte pas de traces d'écoulement récent ou ancien.

Fait à Paris, les jour et an que dessus.

Cette observation vient à l'appui de ce que nous disions relativement aux causes d'écoulement chez les jeunes enfants, et particulièrement de l'influence de la constitution scrofuleuse sur leur production. On voit un écoulement se manifester à une époque où il ne s'élevait aucun soupçon de viol, disparaître à la naissance d'une teigne pour reparaître ensuite, et cesser de nouveau. Aussi, tout en signalant des attouchements comme étant propres à le faire naître, avons-nous fait sentir que cette cause n'était pas nécessaire pour expliquer sa présence.

Soupçons de tentatives de viol sur un enfant de quatre ans; écoulement. A-t-il été communiqué par une fille publique ou par son amant?

Obs. LV. — Nous, soussigné, docteur en médecine, etc., en vertu d'une ordonnance de M. G..., juge d'instruction près, etc., portant que *nous procéderons à la visite du sieur H..., étudiant, de la fille F... et de la fille B...; que nous donnerons notre avis sur la nature de l'écoulement dont ces trois personnes sont affectées; à quelle époque il remonte chez chacune d'elles; s'il peut remonter jusqu'au* 29 *juillet; s'il a pu être communiqué par H... à la fille F..., ou, au contraire, à la fille F... par la fille B..., qui aurait couché avec elle; si des attouchements avec le doigt ont pu le produire; enfin quelles causes diverses peuvent avoir pour effet la maladie constatée chez la fille F..., et au bout de combien de jours elle a pu se déclarer; si elle est le résultat d'une contagion.* Nous nous sommes rendu aujourd'hui, 26 août, rue de la Harpe n° , chez le sieur H..., qu'on nous a dit être parti pour Tours.

Et le 26, nous avons été visiter la fille B... (fille publique), rue Croix-des-Petits-Champs. Elle nous a déclaré que dans la nuit du 28

au 29, vers une heure du matin, elle avait emmené coucher avec elle l'enfant de la femme F...; que vers cinq heures du matin cette enfant la tourmentait pour lui donner à manger; qu'à huit heures, H... était venu la voir, avait ôté son habit et s'était jeté sur le pied de son lit; qu'elle était descendue chercher du pain et des confitures pour cette petite fille; que, remontée, elle n'avait aperçu aucun désordre dans son lit, et qu'elle avait retrouvé H... à la même place; qu'à midi elle avait reconduit la fille F... chez ses parents.

Interrogée sur sa santé, elle nous a déclaré ne pas avoir d'écoulement. Le livre de police de la maison porte la date de visites faites par le médecin du dispensaire de la préfecture de police de huit en huit jours, à partir d'une époque antérieure au jour où la fille F... a couché avec la fille B..., jusqu'au 22 août sans interruption.

Nous avons examiné les parties génitales de la fille B..., le linge qu'elle portait sur elle, et nous n'avons pas trouvé de traces d'écoulement.

Et le 27, nous nous sommes rendu, rue de Rohan nº , chez le sieur F... La petite fille étant sortie avec sa mère, nous avons interrogé celui-ci, qui nous a dit avoir confié son enfant à la fille B... vers minuit, aux Champs-Élysées, où il tenait une boutique pendant les fêtes anniversaires de juillet; que la fille B... la lui a ramenée le lendemain vers midi; que cinq jours après, c'est-à-dire dans la journée du dimanche 5 août, sa petite fille s'était plaint de cuissons et de douleurs en urinant; qu'à dater de ce moment, il était survenu un écoulement très abondant avec chaleur vive et rougeur aux parties génitales, et qu'il existait encore.

Et le 29, nous nous sommes de nouveau rendu chez le sieur F...; nous y avons trouvé sa petite fille et sa femme. Celle-ci nous a déclaré les mêmes faits que son mari. Elle a ajouté qu'elle n'avait jamais quitté son enfant; qu'elle exerçait sur elle la surveillance la plus grande. La petite F..., examinée, nous a offert, en écartant les grandes lèvres, une quantité très grande d'une matière purulente verte, siégeant principalement au-dessus du clitoris, et à la partie supérieure de la vulve. Le devant et principalement le derrière de la chemise que porte cette enfant, ainsi que de celles qu'elle a récemment portées, présentent un grand nombre de taches d'un jaune verdâtre.

Les petites lèvres et la cavité du vagin sont un peu plus rouges que dans l'état naturel.

Il n'existe pas d'excoriations ni d'ulcérations sur ces parties, non plus que d'engorgements aux aines, caractères plus particuliers à l'infection syphilitique. La membrane hymen est parfaitement intacte.

D'où nous concluons :

1º Que la fille B... ne présente pas d'écoulement, et n'en présentait probablement pas à l'époque où la fille F... en a offert un, s'il est prouvé que la date de l'invasion de la maladie remonte seulement au 5 août;

2º Qu'elle n'a donc pas pu communiquer cette affection à la jeune F...;

3º Que l'écoulement de la jeune fille F... a tous les caractères d'une blennorrhagie (chaudepisse);

4º Qu'il est impossible d'en déterminer la date précise, mais qu'elle peut remonter jusqu'au 29 juillet;

5º Qu'il n'est pas impossible que des attouchements réitérés avec le doigt aient pu le produire;

6º Qu'il est possible que le doigt imprégné de la matière d'une blennorrhagie encore assez abondante, et porté dans les parties génitales

de la jeune fille F..., ait développé cet écoulement; mais qu'il serait moins facile de concevoir une pareille infection, si le doigt avait été sali seulement par ces restes d'anciennes blennorrhagies qui, le plus souvent, ne communiquent même pas cette maladie pendant le coït. (Suintement muqueux, légèrement coloré en jaune, et que beaucoup de personnes présentent en état de santé, alors qu'elles pressent le matin l'extrémité de leur verge.)

7° Que des écoulements peuvent survenir chez des enfants aussi jeunes, qui sont malingres, d'une mauvaise santé, ou adonnés à la masturbation, mais que dans l'espèce l'enfant est très bien portante et très forte; qu'elle n'est pas, nous ont dit les parents, adonnée à la masturbation, et qu'en effet elle ne présente pas le cachet de cette habitude;

8° Qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, qu'un enfant contracte un écoulement par le fait seul qu'il couche dans le lit d'une femme infectée et avec elle, à moins que celle-ci ne mette l'intérieur des parties génitales de l'enfant en contact direct avec la matière de l'écoulement.

Et le 7 septembre, en vertu d'une nouvelle commission rogatoire de M. G..., juge d'instruction, en date du 6 septembre, qui nous rappelle les questions qui nous ont été posées dans une ordonnance, en date du 25 avril dernier, et l'invitation qui nous avait été faite de visiter le sieur H..., alors absent de Paris, nous, soussigné, nous sommes rendu, rue de la Harpe, n° , auprès du sieur H..., que nous avons examiné et questionné relativement à sa santé. Il nous a dit n'avoir jamais eu d'affection syphilitique; seulement il a eu un *échauffement* qui n'a duré que huit à dix jours, et qu'il attribue à des excès faits avec la fille B..., pour la disparition duquel il n'a jamais été obligé d'employer aucun remède.

La verge, même en la comprimant, n'offre pas d'écoulement ou de suintement, non plus qu'aucun symptôme d'affection vénérienne. La chemise que portait M. H... pendant les quarante-huit heures qu'il vient d'employer à son voyage, présente çà et là quelques petites taches légèrement jaunes de deux à trois lignes de diamètre, formées par une matière muqueuse et épaisse, car on voit à la surface de ces taches une petite couche analogue à du mucus desséché et brillant.

Du reste, M. H... nous a relaté les mêmes faits que ceux énoncés par la fille B..., avec cette seule différence que celui-ci aurait été chercher un autre enfant, et qu'il aurait joué non pas avec la jeune fille F... seulement, mais avec les deux enfants réunis. Il déclare ne s'être livré à aucun attouchement volontaire, et que si un attouchement a eu lieu, il ne peut être l'effet que d'un accident.

D'où nous concluons :

1° Que le sieur H... n'est pas actuellement affecté d'un écoulement blennorrhagique ;

2° Que les taches qui existent sur la chemise sont du genre de celles que j'ai signalées dans mon premier rapport, c'est-à-dire l'effet d'un suintement mucoso-purulent, en général incapable de communiquer un écoulement même par l'acte du coït, et commun à presque toutes les personnes qui ont eu des blennorrhagies mal supprimées ;

3° Qu'il n'est pas probable que des attouchements avec le doigt sali par cette matière aient donné lieu à la blennorrhagie de la jeune fille F... ;

4° Qu'il est impossible de dire aujourd'hui si au 29 juillet le sieur H... avait un écoulement plus fort ;

5° Qu'il y a plutôt lieu de croire que si l'écoulement avait été plus considérable, la fille B..., qui avait des rapports fréquents avec le sieur H..., aurait été affectée d'une blennorrhagie : or, nous avons donné la preuve que celle-ci n'avait pas été malade, soit à cette époque, soit depuis. A. D.

Cette observation prouve encore combien il est difficile de se prononcer sur l'origine des écoulements chez les enfants. Ici les parties génitales étaient en pleine suppuration. La fille publique, chez laquelle l'enfant avait passé la nuit, n'était pas malade ; elle avait été visitée fréquemment par les médecins attachés au dispensaire. D'une autre part, le jeune homme qui avait eu des rapports avec elle fut visité par nous le lendemain du jour où il venait de passer deux nuits en diligence. La chemise présentait quelques taches rares d'un peu de mucus légèrement coloré. Fallait-il considérer ces taches comme le fait d'un écoulement morbide? Mais après vingt-quatre heures de repos la verge ne donnait aucun suintement. Dans cet état d'incertitude, nous avons dû laisser irrésolue la question d'origine de l'écoulement de la jeune enfant.

Tentative de viol. Rien d'apparent. Conformation de membrane hymen tendant aux caroncules myrtiformes.

Obs. LVI. — Le 29 octobre 1835, nous, Alph. Devergie, en vertu d'une ordonnance de M. Geoffroy, juge d'instruction, nous sommes rendu rue Popincourt n° 56, chez le sieur L..., à l'effet de visiter sa fille Delph..., âgée de onze ans et demi, et de déterminer s'il existe aux parties génitales ou sur toute l'habitude du corps des traces de violences que l'on puisse rapporter à un viol ou à une tentative de viol.

Delph..., interrogée par nous sur les violences dont elle a pu être l'objet, nous raconte les faits suivants. Le 11 de ce mois, le sieur Car..., occupant une chambre placée au-dessus de celle qu'elle habite, l'appelle chez lui, et lui montre divers ouvrages qu'il a faits ; il la saisit ensuite au corps, la jette sur son lit, lui touche les parties génitales, se place même sur elle, et lui met *entre les cuisses son membre viril.* Elle jette d'abord des cris, mais bientôt il les étouffe avec sa main, qu'il place sur sa bouche ; il reste sur elle pendant un temps assez long, et se retire au moment où il entend du bruit sur l'escalier ; Delp... saisit cet instant pour s'échapper.

La mère, questionnée sur les suites qu'avait eues cette tentative de viol par rapport à son enfant, nous dit que sa fille a été *courbaturée* pendant deux ou trois jours ; que sa santé n'a pas été autrement altérée, qu'elle s'est plainte pendant deux jours de légères cuissons aux parties génitales, mais qu'il n'est pas survenu d'écoulement, que son linge n'a pas été taché de sang. Il ne s'est pas montré sur les poignets, ou sur quelque point du corps que ce soit, de taches violettes ou de bosses, indices des violences qui auraient pu être exercées.

Delp..., visitée par nous, ne présente pas d'altération dans la forme des parties génitales. La membrane hymen est intacte ; son bord libre présente les petits mamelons que l'on remarque généralement à cette époque de la vie, et qui deviennent, à cet âge, l'origine des espèces de

caroncules myrtiformes qui résultent des débris de la membrane hymen; il n'existe pas de déchirures, excoriations ou ulcérations vénériennes, non plus que d'écoulement.

Conclusion :

1° Delp... ne présente pas de traces de défloration, ou de toute autre violence qui puisse être rattachée à un viol.

2° L'absence de traces de violences, aujourd'hui, n'exclut pas la possibilité d'une tentative de viol qui aurait été effectuée le 12 de ce mois, mais le viol n'a certainement pas été accompli.

Soupçons de viol sur trois enfants. Deux rapports antérieurs. Erreurs commises. Pas de traces de viol.

Obs. LVII. — Le 19 février 1835, nous, M.-G.-A. Devergie, en vertu d'une ordonnance de M. Barb..., juge d'instruction, nous nous sommes rendu à La Chapelle-Saint-Denis, rue du Bon-Puits, n° 25, *à l'effet de visiter 1° Julienne-Angélique Letellier, âgée de neuf ans et demi; 2° Eulalie Letellier, âgée de quatre ans; 3° Louise Letellier, âgée d'un an, pour constater l'état des parties génitales de ces jeunes enfants, et donner notre avis sur les questions de savoir s'il existe des traces de défloration ou d'attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence.*

A cette ordonnance étaient joints deux rapports, l'un de M. P..., chirurgien, et l'autre de M. C..., médecin, tous deux ayant visité ces enfants le lendemain du jour où des soupçons de viol se sont élevés.

La mère de ces enfants nous a déclaré que le lundi, 9 février, rentrant chez elle avec son mari, sa fille Angélique était venue ouvrir la porte de sa chambre, après les avoir fait attendre pendant long-temps. Ils avaient trouvé le nommé H... étendu sur le lit de leur fils aîné; sa culotte était déboutonnée et ses parties génitales à nu. La petite fille déclare que, dans ce moment, il la touchait avec son doigt et son membre viril, et que c'était pour la sixième fois; que chaque fois il la mouillait d'une *liqueur blanche;* que, du reste, il ne lui a jamais fait de mal; qu'elle a toujours résisté à ses instances, mais que le plus souvent il lui fermait la bouche pour qu'elle ne criât pas. Elle ajoute que jamais il n'a touché ses deux autres sœurs. La mère, qui l'a fréquemment questionnée sur ce point, nous annonce qu'Angélique n'a pas varié dans son dire.

Chacune des petites filles est visitée par nous avec le plus grand soin; toutes trois présentent la membrane hymen parfaitement *intacte,* et n'offrent pas de traces de viol ou d'apparence de viol.

Le clitoris et les petites lèvres de la fille aînée sont plus développés que de coutume; mais, outre que cette circonstance peut être accidentelle, elle peut dépendre aussi de la masturbation à laquelle cette enfant pourrait bien être adonnée.

D'où nous concluons :

Que les petites filles Angélique, Eulalie et Louise ne présentent pas aujourd'hui de traces de viol, ou de tout autre attentat à la pudeur.

Nos conclusions diffèrent, et du certificat de M. P..., chirurgien, et aussi du rapport de M. C..., médecin. Le premier constate comme nous, il est vrai, que la membrane hymen existe encore, mais qu'il y a eu tentative de viol.

La tentative de viol ne pouvant, médicalement parlant, reposer que sur des désordres matériels des parties génitales ou des parties environnantes, nous pensons qu'il y aurait lieu de faire expliquer M. P... à ce sujet, puisque son certificat n'en fait pas mention.

Quant au rapport de M. C..., il nous paraît renfermer, 1° des faits qui peuvent coïncider avec une tentative de viol ou d'attentat à la pudeur, comme aussi dépendre de la masturbation; 2° des faits mal observés et inexacts.

Les premiers sont : 1° La vulve et les petites lèvres sensiblement rouges, sans cependant présenter de gonflement ou de déchirures;

2° Un petit bouton blanc de la grosseur de la moitié d'un grain de millet, à la face interne des petites lèvres;

3° L'orifice du vagin dilaté;

4° De la cuisson dans les parties génitales, phénomène accusé par l'enfant.

Les seconds consistent 1° dans plusieurs points rouges sur l'orifice du vagin, que l'on peut prendre pour des caroncules myrtiformes; 2° *dans l'absence de l'hymen.*

Or, la membrane hymen existe dans toute son intégrité; et quant aux points rouges que M. C... a pris pour les caroncules myrtiformes, ils ne peuvent les constituer, puisque des caroncules myrtiformes sont des excroissances charnues et non pas seulement *des points rouges.*

Relativement aux conclusions, elle ne sont pas la conséquence des faits exprimés dans le rapport, puisque, d'après de pareils désordres, M. C... déclare qu'il n'y a pas de traces de viol, parce qu'ils peuvent être tout aussi bien le fait de la masturbation.

Soupçon de viol. Aucune trace apparente.

Obs. LVIII. — Nous, C.-P. Ollivier, M.-G.-A. Devergie, nous sommes rendus aujourd'hui, 3 août 1834, chez le sieur F..., rue Coquillière, n° 15, *à l'effet de visiter sa petite fille Joséphine, âgée de six ans, et de déterminer si elle porte des traces de violences aux parties génitales, ou d'autres vestiges résultant de l'approche ou de l'introduction d'un corps quelconque; de préciser, le cas échéant, quelles pourraient être la nature et la grosseur de ce corps; s'il y a eu ou non défloration, ou seulement tentative de viol;* le tout ainsi que le porte une ordonnance de M. Legonidec, juge, en date du 2 août.

Les parents de l'enfant nous ont déclaré que leur petite fille joue ordinairement auprès de leur boutique avec d'autres enfants du quartier; que le soir du 17 juillet, vers sept heures, un nommé C... l'a emmenée dans une allée de la rue Jean-Jacques Rousseau, a fermé la porte sur lui et a voulu la violer; que les cris de l'enfant ont aussitôt amené du monde, et que l'enfant est immédiatement revenue chez eux; qu'ils l'avaient fait visiter le lendemain par M. J..., médecin; que la chemise de leur petite fille offrait des taches de sperme; qu'ils n'avaient pas cru devoir la conserver, et qu'ils l'avaient donnée à blanchir. La petite fille elle-même nous a dit que C... lui avait relevé ses jupons; qu'il avait déboutonné son pantalon; qu'il l'avait enlevée de terre pour la mettre à sa hauteur et approchée de lui, malgré la résistance qu'elle avait pu opposer; que C... ne lui avait pas fait de mal.

Les parents, questionnés sur le fait de savoir si l'enfant avait été malade les jours suivants, ont fait des réponses négatives; elle n'a pas paru souffrante; elle n'a pas eu de douleur en urinant; il n'est pas sur-

venu d'écoulement, et on n'a pas remarqué d'excoriation de plaies ou de contusions aux parties génitales.

Aujourd'hui, la santé de l'enfant est bonne ; les parties génitales sont tout-à-fait dans l'état normal ; la membrane hymen est entière ; il n'existe aucun des caractères qui puisse dénoter le viol ou la tentative de viol.

D'où nous concluons :

1° Que la défloration n'a pas eu lieu.

2° Qu'il n'existe pas aujourd'hui d'indices qui puissent établir des présomptions de viol ou de tentative de viol ; mais que le temps écoulé depuis le 17 juillet (seize jours) a pu faire disparaître quelques traces de tentative de viol : telles que la rougeur des parties génitales, leur gonflement, de légères excoriations : faits qui, au surplus, n'ont pas été observés par la mère.

Tentative de viol. Contusion à une grande lèvre.

Obs. LIX. — Le 14 septembre 1838, en vertu d'une ordonnance de M. Casenave, juge d'instruction, qui nous commet à l'effet de procéder à la visite 1° de la fille Rosalie-Agnès-Dur.... Toursill...., âgée de neuf ans et demi ; 2° Henriette-Anna Schal...., âgée de six ans ; de déterminer s'il existe chez ces deux jeunes filles des traces ou indices d'un attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence ; nous nous sommes rendu au domicile des parents de ces enfants, et nous avons reçu d'eux les documents qui suivent, en même temps que nous les avons visitées.

Agnès Dur.... se rendait seule à l'école, le 4 septembre courant, lorsqu'elle fut accostée par le sieur Ray.... ; il la conduisit d'abord sur le bord de la rivière, l'emmena ensuite à la barrière du Roule, la fit monter chez un marchand de vins, et là il lui mit d'abord la main sous les jupons, puis il lui plaça dans trois moments différents son membre viril entre les cuisses ; il lui fit mal ; il la conduisit ensuite dans les champs, enfin il la ramena à neuf heures du soir.

Examinée, elle présente d'abord la trace d'une contusion à la partie externe de la cuisse droite et vers le milieu de sa hauteur ; cette contusion, jaune verdâtre, a un pouce de diamètre ; elle peut remonter à la date du 4 septembre, comme aussi être moins ancienne ; l'enfant déclare qu'elle provient d'un coup qu'elle s'est donné à la cuisse en tombant.

Le long de la grande lèvre droite, existe la trace bleuâtre de deux autres contusions, l'une faisant suite à l'autre ; la supérieure plus élevée que l'inférieure, est aussi plus grande ; elle a près d'un pouce de longueur sur trois à quatre lignes de largeur ; le centre en est bleu et les bords d'un jaune verdâtre ; l'autre, de six à sept lignes d'étendue, est placée dans la partie la plus déclive de la grande lèvre ; le reste des parties génitales est dans l'état normal ; la membrane hymen est intacte ; aucune excoriation, aucun écoulement.

La mère, en examinant la chemise de sa fille le 4 septembre, a cru y apercevoir une tache de sang ; toutefois, après l'avoir fait expliquer sur cette tache, dont nous ne pouvions pas reconnaître la source, elle nous a déclaré qu'elle n'était pas sûre que ce fût du sang ; qu'il y existait encore des taches provenant de la terre ou de l'herbe sur lesquelles on avait fait asseoir son enfant ; que d'ailleurs elle avait aussitôt lavé cette chemise.

Et le même jour, nous avons visité Anna Schal...., dont la mère nous a rapporté les faits qui suivent.

Le 8 de ce mois, elle avait envoyé sa petite fille, âgée de six ans, seule à l'école, vers neuf heures du matin ; à onze heures, elle va s'informer si Anna s'est rendue chez les sœurs ; mais cette enfant avait été accostée par un homme au voisinage de l'Arche-Marion ; il l'avait prise dans ses bras, l'avait conduite très loin dans les champs, l'avait fait entrer chez un marchand de vins ; là il s'était livré à des attouchements, et avait placé *sa pissette* auprès de ses parties génitales ; il lui avait fait mal.

L'examen le plus attentif n'a pas fait reconnaître de traces de violences chez cette enfant ; les parties génitales, et notamment la membrane hymen, sont intactes.

Conclusion :

Agnès Dur.... présente à la grande lèvre droite deux contusions qui peuvent dépendre, soit d'un mouvement brusque du membre viril contre cette partie, soit d'un choc quelconque.

Elle n'est pas déflorée.

Anna Schal.... ne présente aucune trace de violence qui puisse être rattachée au fait d'un viol.

Paris ce 14 septembre 1838.

17 septembre, visite du sieur Ray.... ; il est parfaitement sain ; le membre viril et les testicules sont forts et bien développés ; cet homme est assez musclé et couvert de poils.

Viol consommé. Déchirure de l'hymen. Variole consécutive. Écoulement. Taches de matières fécales, d'écoulement et taches douteuses de sperme.

Obs. LX. — Le 5 août 1837, nous, Alphonse Devergie, nous sommes rendu chez la dame Chev...., quai de l'Horloge, 77, à l'effet de visiter la demoiselle Br..., de déterminer si elle porte des traces de défloration ; si, dans le cas où la défloration aurait eu lieu, elle est ancienne ou récente ; s'il existe aux parties génitales, à la surface du corps ou sur les vêtements, des traces ou indices de violences ; si ces traces peuvent être regardées comme le résultat d'un viol ou de toute autre cause ; s'il y a des indices d'une affection vénérienne ancienne ou récente ; si, en supposant qu'il y ait eu seulement attentat à la pudeur par attouchements, ces attouchements ont été accompagnés de violences.

Il nous a été déclaré qu'en effet la demoiselle Br. était restée deux jours chez la dame Chev....., mais qu'elle en était sortie sans qu'on sût où elle était allée.

Et le 17 août, ensuite de renseignements qui nous ont été fournis, nous nous sommes rendu à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 22, et nous avons recueilli de la bouche de la demoiselle Br. les faits suivants :

Le 10 juillet dernier, vers minuit, le sieur Guillem.., chez lequel elle demeurait en qualité de domestique, est venu la surprendre dans son lit pendant qu'elle dormait. Elle voulut d'abord crier, mais il lui plaça un mouchoir sur la bouche, lui comprima fortement la poitrine, au point de l'empêcher de respirer et de la faire tomber en syncope ; alors il abusa d'elle, et se livra à l'acte de la copulation à plusieurs

reprises; il la quitta environ vers quatre heures du matin. Un peu plus tard elle s'enfuit sous prétexte d'aller chercher du lait.

Bientôt elle éprouva des douleurs dans le bas-ventre et dans les parties génitales, douleurs assez vives pour réclamer les secours de la médecine. Un écoulement étant survenu deux jours après, elle entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, elle y resta huit jours, pendant lesquels elle fut soignée pour ces accidents. Elle en sortit et fut prise de la petite-vérole : alors on la conduisit à la Charité; elle y a été gravement malade. Il s'est manifesté du délire pendant plusieurs jours. L'écoulement qui s'était montré tout d'abord, a persisté et commence à disparaître.

Aujourd'hui elle est convalescente, mais la desquamation (chute des croûtes) n'est pas encore complétement opérée. Les facultés intellectuelles, quoique entières, ont reçu cependant une certaine atteinte; car les idées, justes il est vrai, ne se succèdent qu'avec lenteur.

Elle n'a pas quitté la chemise qu'elle portait la nuit de la tentative de viol qui a été exercée contre elle ; elle fait partie des effets déposés à l'hôpital. Cette chemise a été peu portée, puisque depuis l'événement la demoiselle Br. a presque toujours demeuré dans un hospice.

Nous n'avons pas cru devoir soumettre cette jeune fille à aucun examen, attendu la convalescence incomplète de la maladie grave à laquelle elle a résisté.

Nous ne pouvons donc pas prendre de conclusion, quant à présent, sur les faits que nous avons observés.

Le sieur Guillem.. a été visité le 24 août; il n'avait pas d'écoulement ou tout autre symptôme vénérien.

Et le 25 décembre 1837, en suite de l'ordonnance de M. Cramail, nous avons visité la demoiselle Br. atteinte de la petite-vérole à l'hôpital de la Charité.

De notre examen il résulte les faits suivants :

Aux parties génitales il existe un écoulement d'une matière d'un jaune verdâtre assez abondant.

On observe à la partie interne des grandes lèvres, à la surface des petites lèvres et sur la membrane hymen, une rougeur très marquée. La membrane muqueuse du méat urinaire et celle du vagin participent peu à l'inflammation.

La membrane hymen a été déchirée en bas et à droite; elle est actuellement formée par deux lambeaux séparés, qui bordent à droite et à gauche les parties génitales; l'extrémité inférieure du lambeau situé à gauche est épaissie au voisinage de son bord libre. Il présente là une sorte de tubercule comme on l'observe fréquemment à la suite de la déchirure de cette membrane : toutefois cette déchirure n'est pas récente, mais elle peut remonter à l'époque du 18 juillet, sans que nous voulions par là dire qu'elle ait été opérée à cette époque.

La demoiselle Br. porte au cou quelques engorgements qu'elle attribue aux pressions que le sieur Guillem.. avait exercées sur cette région pour l'empêcher de crier. Tout en regardant comme possible le développement de ces engorgements sous l'influence de cette cause, nous déclarons que la constitution de la demoiselle Br. pourrait fort bien l'expliquer tout naturellement.

Elle ne présente pas d'autres traces de violence que l'on puisse rattacher au fait d'un viol.

Conclusion.

1° La demoiselle Br. porte des traces d'une défloration ancienne, en ce sens qu'elle a dépassé le terme de dix à douze jours.

2° Elle a un écoulement dû à une inflammation de la membrane muqueuse des parties génitales, inflammation dont le siége paraît être autre que celui des écoulements vénériens.

3° L'ensemble des examens tant chimiques que médicaux auxquels nous nous sommes livré, tend à établir des présomptions de viol; toutefois ces examens ayant eu lieu à une époque fort éloignée de celle où cet attentat à la pudeur aurait été commis, il nous est impossible de rien préciser à cet égard; car pour porter un jugement affirmatif sur ces faits, il faudrait avoir acquis la preuve de l'absence de toute cohabitation avec un homme, soit avant, soit après l'époque du 18 juillet.

Analyse des taches de la chemise. Sperme mêlé d'écoulement. — Matières fécales; pas de sang.

Cette chemise en grosse toile présente en avant et en haut une déchirure de sept à huit pouces de longueur; elle offre vers sa partie inférieure, tant en avant qu'en arrière, des taches nombreuses d'aspect fort différent, mais le plus souvent mêlées les unes avec les autres. — Toute la partie postérieure est recouverte, dans une étendue de six pouces de diamètre, de taches brunâtres, ayant l'apparence de linge sali par des matières fécales dévoyées. — Sur ces taches on en observe d'autres qui ont une teinte jaune verdâtre, et qui paraissent provenir d'un écoulement morbide.

Dans la partie correspondante du devant de la chemise se trouve une surface de sept ou huit pouces généralement salie et tachée. La teinte de cette surface vire au vert clair, mais cependant on y distingue çà et là des taches franches d'écoulement. Ailleurs, des taches plus larges, grisâtres, ondulées à leur circonférence. Toutefois celles-ci ne sont pas très nettes dans leur pourtour, et leur couleur est souvent modifiée par la malpropreté du vêtement.

Nous annotons par des numéros six de ces taches.

Examen de la tache numéro 1. — Elle constitue une surface d'un pouce et demi de longueur sur deux lignes de largeur; elle est d'un rouge brunâtre et présente quelque apparence sanguine.

On la fait macérer dans de l'eau distillée. Elle s'y décolore, mais incomplétement. Le liquide, au lieu d'offrir une teinte rose rouge, est d'un brun rougeâtre; soumis à l'ébullition, il ne change pas de couleur. On continue la macération, et l'on obtient par évaporation de la liqueur un résidu brunâtre qui répand une odeur analogue à celle des matières fécales.

Examen de la tache numéro 2. — Elle a deux pouces et demi de long sur deux pouces et demi de large, elle occupe le devant de la chemise; elle est d'un gris sale, mais sans offrir une couleur franche. Une portion chauffée prend une teinte d'abord jaune serin, puis jaune fauve, sans cependant que le linge soit roussi, car il ne développe aucune odeur qui indique ce phénomène. Coupé par morceaux, le reste est mis en macération pendant trois heures, et l'on obtient un liquide très trouble, assez visqueux, ne répandant pas notablement l'odeur spermatique. Ce liquide est filtré, il filtre clair; une portion traitée par l'acide nitrique ajouté par gouttes, donne un nuage assez abondant, en même temps que la liqueur prend une teinte jaune serin; le reste du liquide est évaporé sur un verre de montre; il s'y dessèche et laisse un résidu transparent, en même temps qu'il a acquis pendant l'évaporation

une certaine viscosité; en ajoutant de l'eau distillée sur le verre de montre, il apparaît une couche blanche sur toute la surface à laquelle le liquide adhérait, et où il s'est desséché: cette couche se détache en flocons: elle est évidemment formée par de l'albumine. Le linge qui avait été mis en macération, ayant été chauffé et desséché, il s'est empesé; il a répandu l'odeur de sperme quand il a été à moitié desséché. *Le filtre à travers lequel la filtration avait été opérée a surtout présenté cette odeur spermatique, qui était plus prononcée le lendemain que le jour même. On avait eu soin de lui conserver son humidité.*

Examen de la tache numéro 3. — Située au voisinage de la précédente; ayant à peu près le même aspect et les mêmes dimensions, elle a offert dans les diverses expériences auxquelles nous l'avons soumise, les mêmes caractères qu'elle.

Examen de la tache numéro 4. — Elle a deux pouces de longueur sur un pouce et demi de largeur; elle offre une teinte jaune verdâtre très franche, et soumise à une douce chaleur elle se colore en rougeâtre; la presque totalité coupée par morceaux et mise en macération dans l'eau, trouble ce liquide et ne le rend pas très visqueux; ce liquide filtré, traité par l'acide nitrique, se trouble dans sa totalité et devient d'un blanc laiteux; le reste de ce liquide filtré est évaporé; il se dessèche à la surface du verre de montre sans former de coagulum; mais aussitôt qu'on ajoute un peu d'eau, le fond du verre devient blanc et opalin, en même temps que l'on en détache des parties floconneuses formées d'albumine; le filtre et le linge à moitié sec ne répandent pas d'odeur spermatique.

Examen de la tache numéro 5. — Elle constitue une portion de la grande tache d'un jaune rougeâtre qui existe sur la partie postérieure de la chemise. On la coupe par morceaux, on met ceux-ci en macération dans de l'eau distillée pendant trois heures; le linge se décolore, et le liquide prend une teinte brune foncée, en même temps qu'il se manifeste une odeur assez sensible de matière fécale. La petite portion de liquide filtrée est soumise à l'ébullition, elle ne change pas de couleur; le liquide est évaporé au bain-marie dans une capsule de porcelaine; elle répand alors une odeur très forte de matière fécale; elle donne un résidu rougeâtre qui contient une quantité très notable de matière animale.

Examen de la tache numéro 6. — Elle a offert tous les caractères de la précédente.

Conclusion.

1° Il n'existait pas sur la chemise soumise à notre examen de taches de sang.

2° Les taches numéros 4, 5 et 6 étaient des taches de matière fécale.

3° La tache numéro 4 était le résultat d'un écoulement morbide; mais il n'est pas possible en chimie de reconnaître si cet écoulement est de nature vénérienne.

4° Les taches numéro 2 et numéro 3 nous ont offert des caractères dont les uns appartiennent au sperme, et les autres à la matière d'un écoulement; il serait fort possible que ces taches provinssent de deux sources. Cependant si la science permet de reconnaître d'une manière assez certaine les taches de sperme et une tache d'écoulement quand ces taches sont isolées, elle ne présente pas la même certitude lorsque les deux matières sont réunies; aussi tout en soupçonnant l'existence du sperme, nous est-il impossible de l'affirmer. Nous ferons d'ailleurs observer que cette chemise a été portée pendant un certain temps depuis l'époque du viol présumé; que si les taches de sperme y exis-

taient, elles ont dû être imprégnées de la matière d'un écoulement dont la présence a été constatée, et aussi par de la matière fécale qui paraît provenir d'une diarrhée qu'aurait eue la demoiselle Br..

Cette jeune fille, récemment arrivée à Paris, portait un air de candeur remarquable. Son intelligence était peu développée ; elle bégayait ; mais la scène du viol dont elle avait été la victime avait produit sur le système nerveux une impression tellement vive, que lorsqu'elle en parlait, elle s'animait, accentuait son parler, devenait tremblante, et entrait dans une agitation presque convulsive ; aussi dut-elle faire sur l'esprit du magistrat chargé de l'instruction une vive impression. Cependant nous ne pouvions baser notre manière de voir sur des impressions morales, il nous fallait des faits matériels. C'est ce qui explique pourquoi nous avons été si réservé dans nos conclusions ; le temps d'ailleurs écoulé depuis l'événement ne nous permettait pas d'être plus positif.

Tentative de viol. Contusions et déchirures des parties génitales externes. Conservation de la membrane hymen. Taches de sang pur, de sang séreux et de sperme.

Obs. LXI. — Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes rendus aujourd'hui, 26 juillet 1854, à huit heures du matin, à Montreuil-sur-Bois, arrondissement de Sceaux, chez M..., *à l'effet de visiter Adélaïde-Alexandrine Del..., âgée de moins de seize ans, de constater son état actuel, de déterminer si le crime de viol a été consommé, et si les altérations déjà remarquées sur elle ont été le résultat de violences exercées sur sa personne ; enfin, s'il y a coïncidence entre les faits constatés le 1er juillet et ceux existants aujourd'hui ;* le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. G..., juge d'instruction, à laquelle a été joint un rapport de M. le docteur Rap... qui a visité cette jeune fille le 1er juillet, jour où elle aurait été en butte aux violences d'un sieur Del...

Adélaïde Del... était à Paris. Nous avons questionné sa mère sur les circonstances du viol et l'état de santé actuel de sa fille. Elle nous a déclaré que le 1er juillet, à deux heures, Adélaïde était partie pour faire de l'herbe dans un des jardins du bois de Vincennes avec le sieur Del..., qu'elle était revenue à cinq heures, la figure rouge, animée, larmoyante, les membres rompus, fatigués, un désordre extrême dans ses vêtements ; qu'elle lui avait déclaré que Del... l'ayant conduite dans un premier jardin voisin de personnes qui travaillaient à la terre, il l'avait ensuite menée dans un autre plus isolé ; que là, s'étant livré à des actes contraires à la décence, Adélaïde l'avait menacé de le frapper de sa serpette ; qu'alors il l'avait jetée sur l'herbe, que son peigne s'était cassé, et qu'une des dents avait formé plaie à la tête en s'enfonçant dans la peau ; qu'il avait abusé de sa force pour l'empêcher de crier, et avait tenté de la violer ; qu'enfin il l'avait retenue fort long-temps dans cette position, et que c'était à la lutte qui s'était engagée entre Del... et elle, qu'il fallait attribuer les marques de violences rapportées par le docteur Rap... ; que sa chemise portait des traces de sang et

d'autres taches d'un blanc sale; que sa fille était restée quatre jours au lit, et qu'actuellement elle éprouvait encore quelques douleurs provenant des coups qu'elle avait reçus. Elle ajoutait que son enfant n'avait jamais été adonnée à la masturbation; qu'elle n'avait jamais eu de flueurs blanches, et qu'elle n'était pas encore réglée.

Et le même jour, nous nous sommes rendus rue Tirchappe, n° 17, chez madame Gabr..., fabricante de chaussons, dans le but de visiter Adélaïde Del..., demeurant actuellement chez cette personne. Là, après lui avoir fait connaître l'objet de notre mission, nous l'avons questionnée sur les circonstances de violences auxquelles elle a été en proie; elle nous les a reproduites telles que sa mère nous les avait fait connaître et que nous venons de l'exposer. Questionnée sur le temps que le sieur Del... avait pu rester sur elle, alors qu'il l'a eue jetée par terre, elle l'a évalué au moins à *une heure et demie.* Nous l'avons visitée, et voici ce que nous avons observé. Il ne reste pas sur le corps de traces des violences que nous avons signalées plus haut; seulement Adélaïde se plaint d'éprouver de la douleur en dehors de la rotule du côté gauche, lorsque l'on comprime cette partie, ou qu'elle exécute des mouvements; le fait est possible, mais aucun signe extérieur n'en donne la preuve.

Les parties génitales sont dans l'état naturel; pas de trace d'excoriations ou de plaie; la membrane hymen existe encore, seulement son bord libre est légèrement plissé, et présente à gauche une petite échancrure; les caroncules myrtiformes (débris de la membrane hymen rompue) manquent; pas d'écoulement, d'engorgement aux aines, d'ulcérations ou d'autres traces de maladie; la santé générale est bonne.

Les faits consignés dans le rapport de M. le docteur Rap... sont les suivants : Les grandes lèvres *d'un rouge vif*, à la partie interne, légèrement *sanguinolentes*, rouges à leur surface externe; même état des petites lèvres; la petite lèvre droite était de plus *comme* déchirée; membrane hymen intacte et non sanguinolente; douleurs violentes dans les aines et à l'hypogastre; difficulté à marcher et à s'asseoir; violentes cuissons pour uriner; contusions sur diverses parties du corps, particulièrement à la joue droite et à la partie externe et inférieure de la cuisse droite.

Il résulte de notre examen, 1° que la fille Adélaïde Del... ne porte pas *aujourd'hui* de traces de viol ou de tentative de viol;

2° Que si des tentatives de viol ont été faites, le viol n'a pas été *accompli;* car la défloration n'a pas eu lieu, et les dimensions des parties génitales sont telles, qu'il est difficile de supposer un membre viril assez petit pour avoir pénétré dans le vagin sans intéresser la membrane hymen;

3° Que les faits consignés dans le rapport de M. le docteur Rap... tendent à établir de fortes présomptions sur la tentative d'un viol;

4° Que ces faits acquerraient encore plus de valeur, si, d'une part, les circonstances qui nous ont été rapportées par la femme Del... et sa fille Adélaïde étaient prouvées, et si, de l'autre, on acquérait, par l'analyse chimique des taches de la chemise, la certitude que les unes sont formées par du sang et les autres par du sperme.

Analyse chimique. — Nous, J.-P. Barruel, chef des travaux chimiques de la Faculté, et M.-G.-A. Devergie, nous nous sommes réunis, le 22 août 1834 et jours suivants, au laboratoire de la Faculté de médecine, *à l'effet de procéder à l'examen et à l'analyse des taches observées sur la chemise que portait Adélaïde Del...; de déterminer si ces*

taches sont produites par du sang et par du sperme; si, en raison de leur position sur la chemise, ces taches ont pu être le résultat de violences exercées sur la personne de la fille Del... pendant que le crime se commettait, enfin de rechercher s'il existe des taches de toute autre nature.

Le tout, ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M G..., juge d'instruction, en date du 13 du courant, qui nous commet à cet effet.

Là, en présence de M..., qui a reconnu l'intégrité des scellés apposés sur le paquet que renfermait la chemise, nous avons procédé à l'examen de celle-ci ainsi qu'il suit.

En arrière de la chemise existe une surface de près d'un pied carré, sur laquelle on observe un grand nombre de taches *sanguinolentes*, mais ne présentant pas ce caractère au même degré. On en remarque trois principales, d'un pouce carré de surface environ; elles paraissent être formées par du sang pur; les autres, en général plus larges, semblent plutôt dues à un suintement *séro-sanguinolent*, dont la circonférence est dessinée par une proportion plus grande de matière colorante que le centre, ainsi que cela a lieu alors qu'une plaie récente cesse de laisser couler du sang pur. Enfin on remarque encore plusieurs petites taches allongées, d'un jaune brunâtre, qui ont de l'analogie avec celles que produit le contact des matières fécales.

En avant de la chemise, et vers la partie inférieure et moyenne, on observe une tache d'un blanc légèrement jaunâtre, de trois pouces de diamètre à peu près; le linge dans ce point est extrêmement usé, et cependant il offre une consistance plus grande; il a de l'analogie avec un tissu faiblement empesé. A un pied plus haut et toujours vers le milieu de la chemise, s'observent un grand nombre de taches jaunâtres, parmi lesquelles s'en remarquent d'autres très circonscrites, d'un blanc grisâtre, et où le tissu est beaucoup plus empesé que dans tous les autres points, quoiqu'en général le linge possède une consistance beaucoup plus grande que dans les portions de la chemise qui n'offrent pas de taches. Ces divers points du linge ne présentent pas d'odeur particulière.

Analyse des taches placées sur le derrière de la chemise. — On enlève deux des taches principales, qui paraissent être formées par du sang; on les coupe en petites lanières; on les introduit avec de l'eau distillée dans un petit tube fermé, et on les y fait macérer pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, le linge était complétement décoloré. A sa surface existait une légère couche d'une matière d'un blanc grisâtre et tellement mince, qu'il était impossible de l'en détacher.

La liqueur contenait toute la matière colorante ramassée au fond du tube. On agite le liquide, et il prend aussitôt une teinte rouge. — On filtre. — On porte la liqueur à l'ébullition en exposant le tube à la flamme de la lampe à esprit-de-vin; elle se trouble, devient opaque, se décolore, et prend une teinte grise en même temps qu'il se forme des flocons d'un gris roussâtre. — On les sépare par la décantation de la liqueur, on les traite par une dissolution concentrée de potasse; — ils se dissolvent et fournissent un liquide d'une couleur verte vue par réflexion de la lumière, et d'une couleur rosée, vue par réfraction. — On fait passer un courant de chlore gazeux dans le liquide; lorsqu'il est saturé de chlore, on y verse quelques gouttes d'acide hydrochlorique, et aussitôt il se forme des flocons blancs, très opaques.

Analyse des taches placées sur le devant de la chemise. — Ces taches sont séparées avec précaution du reste du tissu et divisées en deux por-

tions, dont une, coupée par morceaux, est introduite dans la partie supérieure d'une éprouvette dans laquelle on a mis de l'eau distillée. L'éprouvette est fermée imparfaitement, et l'eau portée à l'ébullition, de manière à ce que la vapeur vienne imprégner le linge. Le linge retiré de l'éprouvette répand une odeur spermatique très prononcée mêlée à une faible odeur de lessive. On agit de la même manière avec une portion non tachée de la chemise; elle ne donne qu'une faible odeur de lessive. On place alors dans un vase à expériences les morceaux tachés et déjà soumis à l'action de la vapeur. On y met ceux sur lesquels on n'avait pas encore opéré; on ajoute de l'eau distillée, et on les soumet à la macération pendant douze heures. Au bout de ce temps, le liquide, comme le linge, donne une odeur spermatique très prononcée. Les linges sont poisseux et collent aux doigts. On les comprime avec l'extrémité d'un tube; on en exprime ensuite toute la liqueur dont ils sont imbibés, et on les dessèche à une douce chaleur; ils s'empèsent, deviennent très fermes et très roides.

Une des taches est chauffée avec précaution sur un bain de sable. Elle prend peu à peu une teinte jaune très marquée. Du reste, le liquide de la macération est trouble; on l'introduit dans un petit tube, on le porte à l'ébullition, il se forme aussitôt des flocons d'albumine. On filtre la liqueur et on l'évapore à la lampe à l'esprit-de-vin dans une capsule de verre. Au fur et à mesure que l'ébullition a lieu, le liquide prend une consistance de plus en plus visqueuse, en même temps qu'il répand une odeur spermatique plus prononcée, mais il conserve sa limpidité; lorsqu'il est réduit au huitième de son volume à peu près, il est alors comme oléagineux; on le traite par l'alcool concentré, et aussitôt il s'y forme une quantité considérable de flocons blancs.

Des faits et expériences qui précèdent nous concluons :

1° Que les taches placées sur le derrière de la chemise d'Adélaïde Del .. sont formées, quelques unes par de la matière fécale, et la presque totalité par du sang;

2° Que parmi ces dernières, il en est trois principales qui contiennent du sang pur, et le reste est un mélange de sang et de sérosité;

5° Que les taches observées sur le devant de la chemise sont dues en presque totalité à du sperme légèrement coloré dans quelques points par du sang;

4° Que la situation respective de ces taches est tout-à fait en rapport avec ce qui s'opèrerait, si des tentatives de viol avaient lieu, et que l'éjaculation ne fût pas effectuée dans le vagin, mais bien au-devant et au-dessus des parties génitales.

Jusqu'à quel point l'assertion de cette jeune fille est-elle vraie, à savoir que cet homme était resté une heure et demie sur elle? Comment concevoir un laps de temps aussi considérable, sans que le viol ait été consommé? Le membre viril de l'inculpé avait-il des dimensions tellement petites, que la déchirure de l'hymen n'eût dû être que fort incomplète? Cela est peu probable, car les parties sexuelles étaient étroites ; et d'ailleurs on conçoit difficilement un pareil acte de violence, et une lutte telle que celle qui a été soutenue, de la part d'un homme qui n'aurait eu qu'un très faible développement des organes de la génération.

D'une autre part, on ne saurait douter de l'existence du viol. La jeune fille a été visitée le jour même de l'événement; les déchirures qui existaient aux parties génitales externes, l'écoulement de sang qui en est résulté, la présence du sperme à la chemise; les contusions aux genoux, l'état morbide développé sous l'influence de la lutte qui a été engagée, tout prouve cette tentative.

Viol consommé. Déchirures de l'hymen sans date précise.

Obs. LXII. — Le 28 décembre 1835, nous, Alph. Devergie, en vertu d'une ordonnance de M. Geoffroy, juge d'instruction, nous nous sommes rendu chez le sieur Car., blanchisseur, rue de Bellefond, n° 4, à l'effet de *visiter Augustine-Elisabeth Derva.., âgée de treize ans, et de constater s'il y a eu sur elle tentative de viol, ou viol consommé.*

Cette jeune fille nous a relaté les faits suivants :

Le 28 novembre dernier elle se rendit vers trois heures chez le sieur Chala.., cordonnier, pour lui remettre un bonnet appartenant à sa femme; elle le connaissait depuis long-temps, elle riait et jouait souvent avec lui. Tout-à-coup il la saisit par derrière, passe ses bras autour de son corps, et il la tient ainsi fixée au-devant de lui en même temps qu'il déboutonne son pantalon, lui relève les jupons, lui fait ouvrir les cuisses, et cherche à lui introduire son membre viril dans les parties génitales; il le fait pénétrer à une faible profondeur : Elisabeth éprouve de la douleur, elle se débat, jette des cris, et alors Chala.. l'abandonne et lui permet ainsi de s'échapper. Toute cette scène se passait debout, elle n'a duré que peu de temps (quelques minutes). Elisabeth revient aussitôt chez la dame Car...; elle y raconte à tout le monde ce qui vient de se passer; on envoie chercher un médecin; le docteur Dufour visite la jeune fille : sept ou huit taches de sang existaient à la chemise, mais on n'y a pas remarqué les taches grisâtres de sperme qui sont bien connues des blanchisseuses. On prescrit de bassiner les parties génitales de l'enfant avec un peu de vin chaud, et de les laver le lendemain et le surlendemain avec de l'eau de guimauve; la jeune fille est maintenue au lit pendant deux jours, durant lesquels elle n'a pas éprouvé de douleurs ou de cuisson, et n'a pas eu d'écoulements de quelque nature que ce soit. La santé générale n'a pas été dérangée, et le troisième jour elle a repris ses occupations habituelles. Elle n'a jamais offert de traces de violence, soit aux parties génitales, soit ailleurs.

On nous déclare que le moral de cette enfant est très développé; qu'elle a beaucoup d'intelligence, et qu'on lui a donné dans la maison la qualification de *raisonneuse.*

On ne la croit pas adonnée à la masturbation, elle n'en offre pas les apparences; elle n'est pas encore réglée. *Examen des parties génitales :* aucune trace d'écoulement morbide, de rougeur ou d'inflammation; pas d'apparence de contusions ou de meurtrissures; mais la membrane hymen a été rompue. Inférieurement on aperçoit très distinctement à gauche, un de ses côtés qui consiste en un petit lambeau membraneux, allongé de six à sept lignes de longueur, d'une ligne et demie à deux lignes de largeur, et qui est terminé inférieurement par un angle aigu et flottant. On trouve à droite, tout le long et au-dedans de la petite lèvre, une bandelette membraneuse d'une ligne et demie de largeur,

allant gagner la partie postérieure de la fosse naviculaire, en se rétrécissant peu à peu de manière à n'être plus que filiforme ; dans ce dernier point existe à la partie postérieure de l'ouverture de la vulve, un espace de cinq à six lignes d'étendue, où la membrane hymen manque, et où elle se trouve représentée par un petit filament membraneux d'un rose un peu plus foncé que le reste de la membrane muqueuse : aussi l'ouverture du vagin, au lieu d'être cachée en grande partie, se trouve-t-elle entièrement à découvert. Les deux portions membraneuses que nous venons de décrire sont donc, à n'en pas douter, les débris de la membrane hymen rompue.

Conclusion :

1° La défloration de la jeune Elisabeth Derva.. a été opérée.

2° Le temps écoulé depuis le 28 novembre (un mois), époque à laquelle la jeune Elisabeth aurait été en butte aux violences du sieur Chala.., étant bien plus que suffisant pour faire disparaître les traces d'une défloration récente, il ne nous est plus possible d'assigner une époque à la défloration que nous venons de signaler, car elle peut dater de ce moment, comme aussi remonter beaucoup plus haut.

3° C'est à cette cause et à l'absence de toutes traces de violences qu'il faut attribuer l'impossibilité où nous sommes de déclarer si cette défloration pourrait être rattachée au fait d'un viol, ou d'une tentative de viol.

Le malheureux qui s'était livré à cet acte de débauche avait pour épouse une jeune et jolie femme ; il s'était laissé aller aux agaceries de cette jeune fille, dont les penchants précoces avaient déjà été signalés par toutes les ouvrières au milieu desquelles elle vivait. L'acte du coït n'avait pas été consommé, mais il avait suffi d'un choc aussi direct, eu égard à la position respective de Chala... et de la petite Élisabeth, pour amener la déchirure de la membrane hymen. Dans cette situation, en effet, le pénis se trouve en rapport avec la cavité du vagin, les parties génitales étant ouvertes très en arrière chez les jeunes enfants.

Viol dénoncé après plusieurs années d'accomplissement.

Obs. LXIII.— Le 16 septembre 1857, nous avons procédé à la visite de la fille Rosalie Berger.., à l'effet de reconnaître les traces de voies de fait dont elle aurait été l'objet de la part d'un sieur Orbel.., et de vérifier si elle porte des traces d'un attentat à la pudeur consommé sans violences à l'époque où cette fille n'avait pas atteint l'âge de onze ans, le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. Casenave, juge d'instruction.

Dès l'âge de cinq à six ans, des attouchements réitérés auraient été exercés sur la fille Berger ; plus tard l'acte du coït aurait été consommé, mais il lui est impossible d'en préciser l'époque. Jusqu'à dix ans et demi, c'est-à-dire jusqu'au moment où elle a fait sa confession générale pour sa première communion, elle aurait eu trois, quatre ou cinq fois la semaine, des rapports directs avec Orbel... Après sa première communion, tous ses rapports auraient cessé par la résistance qu'elle aurait offerte aux désirs de cet homme, et alors elle serait devenue l'objet de mauvais traitements qui se renouvelaient très souvent.

Samedi dernier, elle a reçu sans motif un coup de pied dans le der-

rière, et c'est alors que, fatiguée d'être la victime d'un homme aussi méprisable, elle aurait fait sa déclaration au commissaire de police de son quartier.

Aujourd'hui, elle ne porte pas de traces du coup de pied qu'elle a reçu ; mais la défloration a été opérée ; toutes les organes de la génération sont parfaitement développés; la membrane hymen présente cinq divisions ou tubercules : deux supérieurs et latéraux sont très développés, les trois autres le sont moins ; de ces derniers, deux sont tout-à-fait inférieurs et séparés par une division qui va jusqu'à la paroi vaginale ; le troisième, plus petit, est placé entre le tubercule inférieur du côté droit et le tubercule ou mamelon supérieur du même côté ; ces divisions sont nettes et profondes, en même temps que chacune des portions provenant de la section de la membrane hymen offre à son bord libre un épaississement notable, ainsi que cela s'observe à la suite de presque toutes les ruptures de la membrane hymen ; on introduit facilement le doigt dans le vagin, et le développement considérable des débris de l'hymen tend à faire croire que non seulement cette membrane avait primitivement une grande étendue, mais encore qu'elle a continué à s'accroître après sa rupture.

Ces diverses divisions de l'hymen sont anciennes ; il n'est pas possible d'en assigner la cause, attendu que tout corps étranger d'un volume supérieur à la capacité des parties génitales aurait pu produire de pareils effets ; mais il faudrait dans cette hypothèse supposer une habitude de la masturbation portée à l'excès : or, la fille Berger.. n'en présente pas les moindres apparences.

Du reste, la santé a toujours été bonne ; elle n'a pas eu d'écoulement; parfois quelques fleurs blanches se sont montrées.

Conclusion :

1° La fille Berger.. ne présente pas de traces de voies de fait anciennes ou récentes.

2° Elle a été déflorée.

3° Cette défloration est ancienne.

On voit qu'il s'agissait ici de résoudre une question qui entraînait une aggravation de peine pour l'inculpé. Le viol avait-il été commis sur une enfant âgée de moins de onze ans? La question était insoluble. Mais cette observation tend à prouver un fait très important : c'est que la membrane hymen *continuerait à se développer quoiqu'elle ait été rompue*, lorsque la rupture aurait précédé l'époque à laquelle les parties génitales prennent tout-à-coup un accroissement considérable.

Viol consommé. Défloration de date ancienne. Développement de la membrane hymen proportionné à celui des parties génitales.

Obs. LXIV.— Nous, Charles-Prosper Ollivier, Alphonse Devergie, en vertu d'une ordonnance de M. Legonidec, juge d'instruction, qui nous a commis à l'effet de visiter la demoiselle Larras, de déterminer si elle porte des traces de défloration qui puissent être rattachées au fait d'un viol ou toute autre espèce d'indice matériel de ce crime, et si, dans les cas où la défloration existerait, elle peut remonter à deux années ou se rapporter à une époque plus récente ;

Avons procédé à ces visites aujourd'hui, 28 janvier 1856.

Il résulterait de la déclaration qu'elle nous a faite, que vers la fin de l'été de 1854, le sieur Muraine l'aurait appelée dans la chambre qu'il occupait, afin de lui faire essuyer une couverture qu'il venait de mouiller en urinant; qu'il l'aurait saisie aussitôt son arrivée, l'aurait jetée sur un lit, et lui aurait introduit son membre viril dans les parties génitales; qu'elle aurait éprouvé une vive douleur, qu'il se serait écoulé du sang pendant les premières heures qui ont suivi, et que pendant trois jours, elle aurait éprouvé de la cuisson dans les parties génitales, ainsi que de la gêne dans la marche, mais qu'il ne serait pas survenu d'écoulement. — A cette époque, elle était déjà réglée depuis un an, et le viol aurait été consommé dans l'intervalle de deux menstruations, en sorte que l'on ne pourrait pas attribuer le sang écoulé au flux menstruel.

Les parties génitales de cette jeune fille sont très développées; la fourchette est très peu saillante, la fosse naviculaire peu marquée. La membrane hymen, très charnue, très bien organisée, est formée par trois lambeaux; l'un d'eux, situé à gauche, est long de près d'un pouce, large de plusieurs lignes, et s'étend inférieurement jusqu'à la fosse naviculaire ou près d'elle; le second, situé à droite, est plus court que le premier de quatre à cinq lignes, et se présente aussi sous la forme d'une bandelette de même largeur, mais qui est déchirée net et presque carrément à sa partie inférieure; les bords libres de ces deux lambeaux sont lisses et non frangés; le troisième lambeau a une forme angulaire, demi flottant, adhérent au vagin par sa partie inférieure, et entre ses bords, un peu ramassés sur eux-mêmes et les deux autres lambeaux, il existe de chaque côté un espace où la membrane hymen manque. Il y a donc eu évidemment rupture de cette membrane dans deux points différents. Du reste, ces divers lambeaux ne présentent pas les caractères de plaies récentes; la cicatrisation des déchirures a été si parfaite, que l'on ne peut pas apercevoir de cicatrices. L'entrée du vagin est étroite; la cavité de ce canal n'est pas élargie et n'offre pas une ouverture béante par l'écartement des cuisses, comme on l'observe chez les femmes habituées à consommer l'acte de la copulation.

Conclusion :

1° La défloration de la demoiselle Larras a certainement été opérée.

2° Elle n'a pu être le résultat que de l'introduction brusque dans les parties génitales d'un corps résistant d'un diamètre plus considérable que le diamètre de ces parties.

3° Cette défloration n'est pas *récente ;* elle peut être rattachée à l'époque présumée du viol soupçonné, comme aussi ne remonter qu'à un temps beaucoup moins éloigné. A. Devergie.

Cette observation est extrêmement importante sous plusieurs rapports :

1° Elle prouve que la membrane hymen se développe comme les autres parties génitales, et qu'elle subit le même accroissement proportionnel, car le volume de ces trois lambeaux était exactement en rapport avec les autres parties.

2° Elle tend à démontrer que la membrane hymen ne donne

pas naissance par sa déchirure aux caroncules myrtiformes, comme on le pense généralement, car il n'y a aucune analogie à établir entre les caroncules et ses débris, puisque les lambeaux n'y ressemblaient en rien après dix-huit mois écoulés.

3° Que l'on peut constater la déchirure de la membrane hymen après un laps de temps très long.

Cette jeune fille était du reste d'une candeur vraiment remarquable.

Viol consommé. Refus d'examen. Taches de sang, de sperme, d'écoulement muqueux et puriforme à la chemise.

Obs. LXV. — Le 28 juillet 1837, nous, Alph. Devergie, en vertu d'une ordonnance de M. Cramail, juge d'instruction, qui nous commet à l'effet de visiter la demoiselle Claude Palenot.., à l'égard de laquelle s'élèvent des présomptions de viol; de déterminer si la défloration a eu lieu, et si, dans le cas où elle aurait eu lieu, elle est récente ou ancienne; si la fille Palenot.. porte aux parties génitales ou sur les diverses parties du corps des traces de violences; si ces traces de violences peuvent être regardées comme le résultat d'un viol ou de toute autre cause; s'il existerait des indices d'une infection vénérienne ancienne ou récente, ou enfin quelques traces d'un attentat à la pudeur.

Nous nous sommes rendu rue Quincampoix, n° 83, où, après avoir fait connaître à la demoiselle Claude l'objet de notre mission, elle nous a déclaré qu'elle avait signé le désistement de la plainte qu'elle avait portée; qu'elle avait reçu de l'inculpé une somme de deux cents francs à titre d'indemnité, somme dont elle avait déjà fait emploi en totalité: qu'il n'y avait pas lieu à la visiter, et qu'elle s'y refusait. — Questionnée sur ce qu'elle avait fait d'une chemise qu'elle avait désignée dans sa plainte comme pouvant servir de pièce à conviction, il nous a d'abord été déclaré que cette chemise avait été donnée à une blanchisseuse pour être lavée, puis la demoiselle Claude l'a retrouvée au milieu d'autres linges salis. Cette chemise présentant d'une part des taches de sang, d'une autre part des taches analogues à celles du sperme, et même quelques taches qui paraissent provenir d'écoulement, nous avons cru devoir en faire opérer immédiatement la saisie.

A cet effet, nous nous sommes rendu chez le commissaire de police du quartier des Lombards, auquel nous avons donné communication d'une ordonnance qui nous autorisait au besoin à requérir son assistance, et nous nous sommes transporté avec lui auprès de la demoiselle Claude, qui a persisté dans ses dénégations et son refus.

La saisie de la chemise a été opérée en notre présence, et nous avons dû nous retirer pour en référer à M. le juge d'instruction.

Analyse. Taches de sang. Sperme, écoulement. Même chemise.

Et les 3, 4 et 5 août 1837, ensuite de l'ordonnance de M. Cramail, juge d'instruction, en date du 1er, qui nous commet à l'effet de procé-

der à l'analyse de taches que nous avons observées sur une chemise saisie chez la demoiselle Paleno..., nous, etc.

La chemise qui nous a été remise porte pour étiquette : *Chemise appartenant à mademoiselle Claude Paleno..., saisie, ensuite de notre procès-verbal en date du 27 juillet 1837, au domicile de ladite demoiselle, rue Quincampoix, n° 85.* Cette étiquette porte le cachet de M. le commissaire de police du quartier des Lombards.

Cette chemise est en grosse toile blanche; une portion du cordon de la coulisse manque.

Elle est généralement salie et tachée en bas, tant en avant qu'en arrière; mais elle offre en outre un assez grand nombre de taches limitées et distinctes les unes des autres.

Six de ces taches ayant principalement fixé notre attention, nous les annotons par les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, marqués à l'encre ordinaire sur la toile.

Leur grandeur varie de deux à quatre pouces de diamètre; les unes paraissent formées par du sang pur, d'autres par du sperme, d'autres enfin par de la matière d'un écoulement, et c'est en effet ce que l'analyse est venue confirmer.

Tache n° 1.

Elle a un pouce et demi de largeur sur deux pouces de longueur; elle est circonscrite, arrondie à sa circonférence, blanchâtre à sa surface, excepté à son pourtour, où elle présente une légère teinte rosée ayant de l'analogie avec la teinte du sang. — Cette portion, soumise à l'action de la chaleur, ne change pas de couleur. — La plus grande partie est mise en macération dans l'eau pendant trois heures, après avoir été coupée par petits morceaux; le liquide de la macération est trouble après les compressions nombreuses exercées sur les morceaux de linge macérés. — On filtre ce liquide; la liqueur filtrée ne répand pas d'odeur de sperme; le filtre lui-même ne donne pas cette odeur même au bout de douze heures; les morceaux de linge s'empèsent peu par la dessiccation.

On traite une partie du liquide filtré par l'acide nitrique; il se forme aussitôt un nuage blanc très abondant; une portion de la liqueur est soumise à une douce évaporation dans un verre de montre placé sur un bain de sable médiocrement chauffé, et au fur et à mesure de l'évaporation, le liquide se trouble et donne des flocons d'albumine; la dessiccation opérée, la matière se boursoufle et se soulève en écailles. — Une troisième portion est soumise dans un petit tube à la chaleur d'une lampe à esprit-de-vin; la teinte rosée que ce liquide offrait disparaît au moment où le liquide va entrer en ébullition pour faire place à une teinte grisâtre, en même temps que la liqueur devient un peu opaline. — L'addition d'une ou deux gouttes de dissolution de potasse dans ce liquide lui rend la limpidité, et lui fait prendre une teinte verdâtre; l'acide hydrochlorique et le chlore ajoutés au mélange le troublent de nouveau.

Tache n° 6.

Elle a trois pouces de longueur sur un pouce et demi de largeur dans son plus grand diamètre; elle offre à l'endroit de la chemise une teinte blanchâtre, et à l'envers une teinte rouge de sang très clair, environnée d'une surface à teinte grisâtre.

Elle est soumise à toutes les expériences que nous venons de décrire à l'occasion de la tache n° 1, et elle donne absolument les mêmes résultats; elle est donc formée par les mêmes éléments.

Tache n° 3.

Cette tache a trois pouces et demi de long sur deux pouces et demi de large ; le linge y est empesé ; sa surface a une teinte jaune serin que ne présentent pas les autres taches ; sa circonférence n'est pas nettement dessinée ; chauffée, elle ne donne lieu à aucun changement de couleur. — La moitié environ de cette tache est coupée par morceaux et mise en macération dans l'eau pendant quatre heures ; les morceaux sont comprimés sous l'eau après ce laps de temps, puis on en exprime le liquide qui les pénètre. Ce liquide donne l'odeur propre au linge, mais il ne répand pas d'odeur spermatique ; on le filtre ; traité par l'acide nitrique, il devient nuageux et laiteux ; le filtre ne donne pas d'odeur après quinze heures ; le reste de la liqueur est soumis à l'action de la chaleur ; peu à peu il se trouble, donne des flocons, et il fournit par la dessiccation des lamelles ou plaques d'un blanc jaunâtre qui sont assez abondantes.

Tache n° 5.

Cette tache, de forme irrégulière, a deux pouces et demi dans son plus grand diamètre, et un pouce et demi de largeur ; elle est d'un rouge brun foncé, parfaitement circonscrite, et présente toutes les apparences d'un sang pur et riche ; elle pénètre le tissu de part en part.

Nous en enlevons une très petite portion, que nous mettons dans un tube où nous ajoutons de l'eau distillée, afin d'opérer une macération de trois heures ; au bout de ce temps, la tache a perdu presque toute sa couleur, et le linge n'a plus qu'un aspect grisâtre ; le liquide s'est fortement coloré en rouge brun ; la liqueur ne filtre pas ; on la soumet à l'action de la chaleur. Lorsqu'elle arrive au voisinage de son point d'ébullition, elle change d'aspect, devient grisâtre et très opaque. L'addition de potasse en dissolution lui fait prendre une teinte verte lorsqu'elle est vue par réflexion de la lumière, et une teinte d'un vert rosé quand on l'examine par réfraction ; en y ajoutant de l'acide chlorhydrique et du chlore, on lui donne un aspect laiteux, en même temps qu'on y fait naître des flocons blancs abondants.

Tache n° 2.

Elle a quatre pouces de longueur sur trois de largeur ; elle est d'un blanc grisâtre, ayant une auréole grise plus marquée à sa circonférence, qui est ondulée. Une petite lanière de cette tache est soumise à l'action d'une douce chaleur ; peu à peu elle jaunit en virant vers le jaune serin ; tout le reste de la tache est mis en macération après avoir été coupé par morceaux ; après quelques heures, le linge est retiré du liquide et mis à sécher ; il s'empèse presque aussi fortement qu'il l'était auparavant. — Le liquide trouble provenant de la macération est filtré ; il donne une liqueur qui devient à peine trouble par l'acide nitrique ; le liquide a l'odeur très sensible du sperme ; mais cette odeur est devenue on ne peut plus manifeste quand on a examiné le filtre dont on s'était servi, et que quelques heures s'étaient écoulées depuis la filtration. Le reste de la liqueur a été soumis à une évaporation dans un verre de montre placé sur un bain de sable ; le liquide a répandu l'odeur du sperme d'une manière plus prononcée, il ne s'est pas troublé ; il s'est desséché sur le verre de montre sous la forme d'une couche translucide. Le résidu repris par l'eau, on a vu des fibrilles insolubles, et la portion dissoute ne s'est pas troublée par l'acide nitrique ; mais elle a pris une teinte jaune assez marquée.

Tache n° 4.

Elle avait environ trois pouces de long sur deux de large. Elle offrait le même aspect que la tache précédente, mais elle présentait à sa surface interne, c'est-à-dire à sa circonférence, une teinte légèrement rosée, qui paraissait due à un peu de matière colorante du sang; et en effet, elle s'est comportée dans les diverses opérations que nous lui avons fait subir, comme la tache précédente; elle s'en est distinguée en ce que le liquide obtenu par la macération dans l'eau avait une légère teinte rosée, qu'une portion de ce liquide soumis à l'ébullition est devenue légèrement opaline, et que le liquide grisâtre provenant de l'ébullition a pris une coloration verdâtre par l'addition de la potasse. Du reste, tous les autres caractères de sperme ont été tranchés, surtout ceux tirés de l'odeur qui ne pouvait laisser de doute à cet égard. L'acide nitrique a rendu la liqueur un peu opaline, et après l'évaporation dans le verre de montre, on apercevait quelques ondulations d'une matière lamelleuse, provenant de l'albumine qui s'y trouvait accidentellement et en très petite quantité.

Conclusion :

1° La tache n° 5 est formée par du sang pur.
2° Les taches nos 1 et 6, par un suintement muqueux.
3° La tache n° 3, par un écoulement d'apparence purulente.
4° La tache n° 2, par du sperme.
5° La tache n° 4, par du sperme un peu coloré par des taches de sang.

J'ai rapporté cette observation afin de voir mis en pratique les conseils que j'ai donnés dans les cas où il y a refus d'examen. L'ordonnance du juge m'autorisait à me faire assister d'un commissaire de police pour accomplir la mission qui m'avait été confiée; j'en ai usé seulement dans le but de faire opérer la saisie d'une pièce à conviction, la chemise que portait la fille Palenot... Mais j'ai dû en référer à l'autorité qui m'avait délégué, et n'exercer aucune violence à l'égard de cette fille, du moment où elle s'est refusée à se soumettre à un examen. Cette affaire n'eut pas d'autre suite. La fille Palenot... avait fait sa déclaration; mais à peine lui eut-on remis deux cent cinquante francs, qu'elle s'empressa d'employer cet argent et qu'elle retourna à son pays. Ici les conséquences du viol étaient plus graves, car elle était au service de la personne qui l'avait violée, et par conséquent celle-ci était comprise dans la classe des individus qui ont autorité sur la personne.

Tentative de viol sur une fille adulte. Excoriations et contusions aux yeux, à la joue, au cou, aux bras, aux coudes et aux mains. — Apparences de morsures aux doigts de l'agresseur.

Obs. LXVI. — Nous, Alph. Devergie, avons visité le sieur Decouv...., employé à la préfecture de police, à l'effet de préciser la na-

ture des violences dont il a été l'objet de la part de la fille Rosalie Faud..

Decouv... nous déclare que, le 5 septembre 1837, s'étant aperçu que la fille Faud.. l'avait volé, il voulut l'arrêter lui-même; qu'elle sortait de la chambre dans laquelle tous deux se trouvaient; qu'il la saisit au cou de la main gauche, dans l'embrasure d'une porte, mais qu'il fut aussitôt mordu au doigt médius de cette main.

Il existe en effet vis-à-vis l'articulation de la dernière phalange de ce doigt et sur chaque côté, plusieurs excoriations de forme elliptique recouvertes d'une croûte en partie sanguinolente; toutefois, la forme de chaque excoriation ne présente pas assez parfaitement celle d'une dent pour que nous puissions assurer que ces blessures se rattachent à la cause qu'il indique. Elles n'ont que deux à trois lignes de diamètre; elles sont accompagnées d'ecchymoses; elles peuvent remonter à l'époque que le blessé désigne. — On trouve en outre sur le dos du pouce de la même main trois excoriations très rapprochées les unes des autres, et qui présentent les mêmes caractères; mais comme il n'existe pas sur la face palmaire de ce doigt une trace de pression correspondante, comme cela aurait dû exister s'il avait été saisi entre les deux mâchoires de la fille Rosalie, il est probable que ces excoriations auront été opérées dans la lutte qui a existé sans qu'on puisse en préciser la cause.

Des faits qui précèdent il résulte :

Que Decouvr... porte la trace d'une morsure superficielle au doigt médius de la main gauche, et d'une excoriation à la face dorsale du pouce de la même main;

Que ces blessures seront guéries dans l'espace de cinq à six jours, et qu'elles n'empêcheront pas le sieur Decouv.... de remplir ses fonctions habituelles.

Et le 6 septembre, nous nous sommes rendu à la prison de Saint-Lazare pour y visiter la fille Rosalie Faud...

Elle nous apprend que, se trouvant le 2 septembre chez Decouvr...., celui-ci lui fit des propositions de mariage; il ouvrit un tiroir de sa commode, en tira une alliance à laquelle il attachait, disait-il, le plus grand prix, et la lui mit aux doigts en lui demandant en échange une bague d'argent de peu de valeur qu'elle portait; que, sur le point de sortir, il la saisit par le bras, la tira vers son lit, la renversa dessus en lui serrant fortement le cou; qu'ayant crié, il lui appliqua la main gauche sur la bouche, tout en continuant à lui serrer le cou avec la main droite; qu'elle fit alors la plus vive résistance, et qu'une lutte étant engagée, elle reçut divers coups dont elle porte encore les traces; depuis elle a craché le sang à plusieurs reprises, elle a été toute rompue, et elle éprouve encore des douleurs d ns le cou. Le but de Decouvr... était, dit-elle, de la violer, mais il n'a pas pu exercer aucune violence directe contre les parties génitales, ni opérer une approche du membre viril.

Aujourd'hui, on constate comme résultat des voies de fait dont elle dit avoir été l'objet : 1° une ecchymose assez considérable de la conjonctive de chaque œil; elle attribue ces ecchymoses à des coups qu'elle aurait reçus sur les yeux, et cependant les paupières n'en offrent pas de traces. Cette cause peut être réelle, mais nous ferons remarquer que ces ecchymoses auraient pu aussi se montrer à la suite d'une pression violente et brusquement opérée sur le cou pendant la lutte qui a été engagée; 2° une excoriation de trois lignes de diamètre sur la pommette

gauche ; 3° une petite excoriation en haut et à gauche du côté droit du cou ; 4° des excoriations en bas et à droite de cette région ; 5° des taches bleuâtres, provenant de pressions fortes ou de contusions superficielles disséminées ainsi qu'il suit : une au-dessus du coude gauche ; une seconde en haut et en avant de l'avant-bras gauche ; une troisième au milieu et en avant de la main droite ; deux au voisinage du poignet droit ; 6° une excoriation de quatre lignes de diamètre au sommet du coude gauche.

Toutes ces lésions sont récentes et peuvent en effet se rapporter à la date du 2 septembre.

Elles entraîneront une maladie de sept à huit jours de durée, et une incapacité de travail personnel de cinq à six jours.

Elles peuvent parfaitement être expliquées par une lutte engagée entre Rosalie Faud.. et Decouvr..., sans que nous puissions toutefois préciser l'objet de cette lutte.

Cette observation fournit le tableau des traces de la lutte efficace qu'une femme peut soutenir vis-à-vis de l'homme qui veut attenter à sa pudeur, et il n'est pas douteux que la résistance ne puisse aller encore plus loin. Déjà cependant les violences se sont signalées par des contusions, des excoriations, le crachement de sang, etc. Nous ne pouvions pas déclarer que la lutte se rattachait au fait du viol. Cette femme était déflorée depuis long-temps ; elle disait d'ailleurs que l'acte du coït n'avait pas été accompli ; et comme les violences n'étaient pas groupées au voisinage des parties génitales, toute autre lutte, dans quelque but que ce fût, pouvait les produire.

Viol à trente-deux ans chez une fille presque imbécile.

Obs. LXVII.— Le 31 octobre 1838, en vertu d'une ordonnance de M. Fleury, juge d'instruction, qui nous commet à l'effet de visiter la fille..., de vérifier et constater en quoi consistent les violences exercées sur elle, les traces qu'elles ont laissées, si elles présentent les caractères du viol, de nous faire représenter la chemise que portait cette fille le jour où un attentat à la pudeur a été exercé contre elle, nous avons procédé à cet examen après avoir recueilli de la bouche de la fille... les détails qui suivent.

Le 19 de ce mois, la fille... était sur la grande route par un temps très pluvieux ; elle venait de faire de l'herbe ; elle en avait un fort paquet ; elle est rencontrée par un charretier qui conduisait une voiture de plâtre ou de farine ; ce charretier l'arrête, la prend à bras le corps, la renverse dans un fossé dont la terre était très mouillée, se jette sur elle, appuie sa figure sur la sienne, lui écarte les bras, lui retrousse les jupons, et la *farfouille* en lui faisant beaucoup de mal tant aux cuisses qu'à la matrice ; il est resté environ un quart d'heure ou une demi-heure sur elle ; elle croyait qu'il la *farfouillait* avec les mains. Elle a jeté des cris, mais elle n'a pu être secourue, la route étant déserte à cause du mauvais temps. Cet homme l'ayant laissée, elle s'est relevée ; elle a trouvé sa chemise ensanglantée en arrière, et la tache de sang était large comme les deux mains ; elle souffrait du ventre, et pendant plusieurs jours elle a ressenti les mêmes douleurs, avec de la difficulté

dans la marche. Questionnée sur le fait de savoir pourquoi elle n'avait pas opposé plus de résistance, elle nous a dit qu'elle avait été prise d'un tremblement qui l'avait mise dans l'impossibilité de le faire.

Elle déclare avoir appris de ses parents que dès l'âge de trois mois elle avait été paralysée et presque aveugle ; qu'elle n'avait commencé à marcher qu'à quatre ans et demi, et qu'elle avait conservé toujours une grande faiblesse dans les membres ; et en effet sa marche est vacillante et lourde, le tronc est un peu replié en avant. — Les parents confirment son *dire*, et ajoutent qu'elle est née avec une grosse tête, les fontanelles beaucoup plus larges que de coutume, et les os de la tête mal ossifiés, d'après les rapports des médecins. — Examen fait de la tête, nous la trouvons plus volumineuse que de coutume, mal conformée, ainsi que cela arrive à la suite de *l'hydrocéphalie congénitale ;* les facultés intellectuelles sont d'ailleurs très obtuses, et l'ensemble de cette fille porte le cachet, sinon de l'idiotisme, au moins de l'imbécillité.

En fait de violences extérieures, on ne voit que la cicatrice d'un fort coup d'ongle en dehors de l'orbite droit, près la tempe ; cette cicatrice, de quatre lignes de longueur, est demi-circulaire ; elle représente encore parfaitement la forme d'un ongle ; elle est évidemment récente, et peut remonter à l'époque du 19 de ce mois.

Parties génitales. — Aucune trace de contusion sur les cuisses, aux grandes et aux petites lèvres. — La membrane hymen présente une force d'organisation *qui est en raison de l'âge* de la fille... ; elle est épaisse, charnue et consistante. Elle est formée par trois lambeaux, dont un supérieur gauche est assez mince et d'une forme triangulaire ; un inférieur, constituant la majeure partie de cette membrane, est beaucoup plus volumineux, très épais, et borde inférieurement l'entrée du vagin en se prolongeant à droite ; un troisième lambeau, existant à droite, a la forme d'un petit mamelon ; il est séparé du précédent par une intersection profonde, mais qui ne s'aperçoit qu'en isolant les deux fragments l'un de l'autre. Cette membrane hymen, ou plutôt ses divers lambeaux, sont rouges, sécrètent une humeur lactescente qui a de l'analogie avec la suppuration ; mais il est impossible d'affirmer que telle soit sa nature. Il n'existe pas d'ailleurs de trace d'une déchirure *récente*, en ce sens que les lèvres des sections qui séparent les lambeaux présentent des caractères d'une inflammation plus dessinée que le reste de la membrane —Le doigt introduit dans le vagin y pénètre avec peine, ce canal ayant des dimensions très petites.

La fille... n'a pas conservé la chemise qu'elle portait le 19 ; elle nous montre une camisole rouge qui est couverte de boue dans toute sa partie extérieure ; c'est celle dont elle était vêtue lors des violences qui ont été exercées sur elle.

Conclusion :

La fille... présente des indices certains de défloration, ou rupture de la membrane hymen.

Il est impossible de dire aujourd'hui si la défloration a été opérée le 19 courant, attendu qu'après douze jours écoulés, les caractères d'une défloration *récente* ont disparu.

Toutefois, la force d'organisation de la membrane hymen chez cette fille ; l'existence de lambeaux très étendus qui en retracent encore les dimensions ; l'absence de tout écartement entre ces lambeaux, qui ordinairement s'isolent et se transforment en des corps arrondis de peu de volume, après la récidive du coït, enfin l'étroitesse du vagin, ce

sont là autant de circonstances qui établissent de fortes présomptions en faveur d'un acte de coït unique et de date peu éloignée.

Il n'existe pas d'autres traces de violences qui puissent être particulièrement rattachées au fait d'un viol, la cicatrice du coup d'ongle que nous avons signalée en dehors de l'œil pouvant être rapportée à une foule d'autres circonstances.

Paris, le 31 octobre 1838.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires. L'état d'imbécillité de cette fille en explique facilement toutes les circonstances; il rend compte du peu de résistance qu'elle a opposé aux attaques violentes dont elle a été l'objet. On y voit encore la preuve que la membrane hymen prend avec l'âge l'accroissement des autres parties sexuelles.

Viol et attentats à la pudeur sur six personnes de divers âges, filles, femmes et enfant, accomplis dans la même journée par le même individu. Question d'aliénation mentale.

Obs. LXVIII. — Dans la matinée du 15 juin 1838, vers dix heures et demie, la femme L..., âgée de trente-sept ans, se rendant à Châteauneuf, arrondissement de Dreux, entendit une voix qui l'appelait; elle leva les yeux, et aperçut un homme appuyé contre un chêne, qui se présentait à sa vue dans un état indécent, en la provoquant. Elle se hâta de fuir. Une demi-heure après, à onze heures, la femme C..., âgée de quarante-trois ans, suivait la même route; elle était accompagnée d'une petite fille. Tout-à-coup elle voit un homme étranger au pays qui vient à elle, sortant d'une forêt qui borde le chemin; il a son pantalon déboutonné, sa blouse et sa chemise sont relevées. Cet homme franchit un fossé qui le sépare de cette femme, se précipite sur elle, l'entraîne et s'efforce de l'emporter dans le bois. La femme C... crie en se débattant, il lui met la main sur la bouche et continue ses efforts. Heureusement, trois hommes, qui se montrent à quelque distance, le forcent à lâcher prise. Il s'enfuit en proférant ces paroles : « Ah ! si tu avais été là !... » L'attentat n'a pas été consommé, mais il a été tenté avec violence, et la femme C... n'a dû qu'à l'approche de ces trois hommes d'échapper à un outrage plus grave que celui qui lui a été fait.

Le même jour, à une heure et demie, la demoiselle H... âgée de dix-sept ans, occupée à cueillir de l'herbe dans un champ près du village de Marville-les-Bois, est accostée par le même homme, qui a encore son pantalon défait, et paraît à ses yeux dans l'état le plus offensant pour la pudeur d'une femme. La demoiselle H..., effrayée, se réfugie auprès de la femme G..., qui ramassait de l'herbe à quelque distance. Cet homme la poursuit; la femme G... le repousse, il répond : « Ce n'est pas la vieille qu'il me faut, mais la jeune fille. » Il la saisit en même temps par la jambe et la renverse, relève en partie ses vêtements, que la femme G... parvient à rabaisser. Ce forcené lutte contre ces deux femmes, et ne lâche prise qu'à la vue d'un homme travaillant dans la plaine. Il s'éloigne alors sans prononcer un seul mot.

Comme à l'égard de la femme C..., il y a eu à l'égard de la fille H... attentat tenté avec une violence qui aurait probablement triomphé de

la résistance de cette jeune fille sans le secours actif de la femme G... et la probabilité du secours que la victime aurait pu recevoir d'un homme travaillant à portée de la voix.

Deux heures plus tard, la femme J... âgée de cinquante-neuf ans, se trouvait dans un champ à peu de distance du hameau de Levaville; elle était également baissée pour cueillir de l'herbe. Tout-à-coup elle entend marcher près d'elle; elle relève la tête et aperçoit un homme grand et fort, qui ne suit aucun chemin, et qui l'aborde. Sans défiance, elle lui adresse la parole; il lui répond par les propos les plus grossiers, puis il se précipite sur elle, la renverse et relève ses jupons. Cette femme se défend avec force et courage. Dans la lutte, il la saisit plusieurs fois à la gorge et à la bouche; enfin, l'opiniâtre résistance et les cris de cette femme mettent fin à ses criminelles violences.

Toutefois ce furieux ne s'éloigne que pour commettre un crime plus grave.

Quelques instants après, il rencontre à un quart de lieue de Levaville une jeune fille de huit ans. Il ne respecte ni la faiblesse ni l'innocence de cet âge, il déboutonne son pantalon, et souille à la fois les yeux de cet enfant par ses gestes, et ses oreilles par les plus horribles propositions. Ses pleurs ne le touchent pas; il la saisit, l'emporte dans un champ de sainfoin, l'étend à terre, lui fait subir de cruels outrages; il étouffe ses cris avec sa main, et après l'avoir torturée pendant un quart d'heure, il l'abandonne souffrante, ensanglantée, en lui disant : « Ce ne sera rien que ça. »

Quelque graves qu'aient été ces violences, il résulte des déclarations de l'enfant qu'elles n'ont pas été poussées jusqu'à la consommation du viol; mais un attentat de la nature la plus criminelle avec une violence prolongée, accompagnée de vives souffrances, a été fait à la pudeur d'une jeune fille sans défense. La société et la famille ont droit à une sévère répression qui garantisse l'avenir en punissant le passé.

Deux autres femmes, âgées de cinquante-sept à cinquante-neuf ans, sont encore attaquées par le *même homme* dans la *même journée.* Plus heureuses, elles échappent à ses poursuites. Quel est le coupable? il est étranger aux diverses localités qui ont été successivement le théâtre de ses excès. Les signalements indiqués par les victimes prouvent que tous les faits doivent être imputés au même homme, mais personne ne peut dire ni son nom ni sa demeure. Peut-être aurait-il échappé à la vindicte publique si, le 2 juillet dernier, la femme M... n'avait eu à se plaindre aussi de ses obscénités; elle ne le connaissait pas non plus, mais elle le dépeint, et au portrait qu'elle trace, on s'écrie : « C'est Bourgeois, c'est l'Ardent. » En effet, le signalement de l'homme qui s'est rendu coupable de divers attentats dans la journée du 15 juin, et de l'outrage du 2 juillet, s'applique parfaitement à Bourgeois, de Saint-Denis-de-Moronval.

Bourgeois a été condamné une première fois, en 1825, à huit années de réclusion et à l'exposition pour attentat à la pudeur avec violence.

Gracié en 1830, il a été de nouveau condamné, en 1835, à huit jours d'emprisonnement pour outrage public à la pudeur.

Les antécédents d'un tel homme, les indications données étaient de nature à fixer sur lui les soupçons; un mandat d'amener est décerné, mais l'arrestation présente des difficultés. Bourgeois est vigoureux et plein d'audace; il annonce que la justice ne l'aura pas vivant; il porte des armes, et doit en faire usage soit contre lui-même, soit

contre ceux qui tenteraient de se rendre maîtres de sa personne. Le lieutenant de gendarmerie de Dreux se rend sur les lieux avec un gendarme de confiance, le sieur Bourgaud ; ils sont vêtus en bourgeois: l'un a sa plaque, l'autre son ceinturon. Bourgaud cache sous sa blouse une baïonnette qui lui servira d'arme défensive au besoin. Ils se rendent à Saint-Denis-de-Moronval ; Bourgeois venait de sortir de chez lui. On se met à sa poursuite, et bientôt on l'aperçoit au bord d'un bois. Le lieutenant fait un détour pour lui couper la retraite, et commande à son gendarme de marcher à lui. Bourgaud s'avance, et près de l'atteindre, il lui dit : N'auriez vous pas vu un déserteur? et puis après : N'auriez-vous pas vu un nommé Bourgeois? Bourgeois se retourne aussitôt et répond : Je vas t'en f.... un déserteur. Au même instant, il tire de sa poche une lime aiguisée, s'élance sur le gendarme, qui recule, saisit sa baïonnette, et s'efforce de le contenir en appelant son lieutenant. Cependant Bourgeois, furieux, criait : Il faut que j'aie ta vie ou que tu aies la mienne. Je ne me rendrai pas : tuez-moi.

Bourgeois est alors blessé à la main ; sa fureur augmente, la lutte devient désespérée. Heureusement la lime de Bourgeois s'engage dans la blouse du gendarme et se rompt.

Les deux adversaires se prennent corps à corps et tombent. Bourgeois, moins fatigué, allait avoir le dessus, et c'en était fait peut-être du gendarme, lorsque le lieutenant arrive ; le malfaiteur est garrotté et conduit dans la prison de Dreux. Une instruction a lieu, Bourgeois est reconnu par les témoins ; il avoue tous les faits qui lui sont imputés.

En conséquence, Jean Bourgeois, précédemment condamné à une peine afflictive et infamante, est accusé de tous les attentats à la pudeur ci-dessus rapportés, et de la tentative volontaire d'homicide sur la personne du gendarme Bourgaud. Crimes prévus par les art. 2, 56, 304, 331 et 332 du Code pénal.

Pendant que les jurés décident du sort de ce malheureux, plusieurs médecins étrangers, après avoir obtenu l'agrément de l'accusé et de son défenseur, se livrent avec empressement à des observations phrénologiques ; ils adressent plusieurs questions à Bourgeois, et la conclusion qu'ils tirent de ces débats et de leurs observations est entièrement favorable à l'accusé.

Cependant la sonnette du jury se fait entendre aussitôt, et les jurés, préoccupés malheureusement du danger de rendre à la liberté un homme qu'ils regardent, à juste titre, comme très dangereux, sans s'occuper de la question de savoir si la société a ou n'a pas de moyens pour séquestrer cet homme *sans le flétrir,* prononcent un verdict de culpabilité sur la question d'attentat à la pudeur avec violence, et absout Bourgeois quant à la tentative de meurtre.

Ce verdict est accueilli avec un pénible étonnement.

La Cour, attendu la récidive, condamne l'accusé à vingt ans de travaux forcés, minimum de la peine, et à l'exposition.

Une demande en grâce a été aussitôt formée.

Cet exemple, qui a été rapporté dans la *Gazette des Tribunaux,* est fort remarquable. Ici il s'agit d'un homme chez lequel il existait une fureur érotique très prononcée ; car il s'adresse dans la même journée à six personnes que le hasard lui fait rencontrer, quel que soit d'ailleurs leur âge. Ne devait-on pas soulever à son égard une question d'aliéna-

tion mentale? Toutes les circonstances venaient à l'appui. Dès longtemps cet homme était signalé dans le pays, et il avait reçu un surnom qui dénotait l'érotomanie; aussi s'était-on empressé d'adresser un recours en commutation de peine.

Excitation à la débauche. Petit garçon de douze ans et demi.

Obs. LXIX. — Le 20 octobre 1858, en vertu d'une ordonnance de M. Casenave, juge d'instruction, qui nous commet à l'effet de procéder à la visite de l'enfant Alexis Desbor... ; de rechercher si cet enfant est habituellement adonné à la masturbation, et s'il présente quelque indice de cohabitation avec une femme; nous, Alph. Devergie, avons procédé à cet examen, et recueilli de la bouche de l'enfant les renseignements qui suivent.

Alexis, apprenti chez un bijoutier, venait chez sa mère tous les quinze jours; il couchait avec la femme Bross..., et il a passé cinq nuits avec elle. Les deux premières, cette femme l'a laissé dormir très tranquille; mais dès le matin de la troisième nuit, elle l'a pris, l'a placé sur elle, l'a excité, et s'est introduit le membre viril d'Alexis dans les parties génitales; elle l'a aussi masturbé; elle s'est principalement livrée à des actes de débauche. Dans la nuit de dimanche dernier à lundi, le mardi et les jours suivants, l'enfant a été malingre d'abord, et aujourd'hui il est malade.

Alexis est d'une faible constitution; sa figure est pâle, ses yeux assez cernés, sa peau chaude; son pouls est accéléré, fébrile, son ventre sensible à la pression; il accuse un violent mal de tête, cependant le front est peu brûlant.

La verge est très développée, très longue, quoiqu'il n'existe au pubis aucune apparence de poils; elle entre facilement en érection, ou au moins elle acquiert une certaine rigidité pendant que nous découvrons le gland pour l'examiner. Son extrémité est rouge, légèrement enflammée, notamment les bords de l'orifice du canal urétaire et le prépuce; le gland est très humide, et du canal s'écoule une mucosité légèrement blanchâtre.

Le devant de la chemise que l'enfant porte depuis six jours présente un grand nombre de taches; les unes, d'un gris sale, ont de deux à trois lignes de diamètre; les autres, de près d'un pouce de largeur dans quelques points, sont jaunes. en même temps que des restes de farine de graine de lin ou de graine de moutarde très grossière existent à la surface de ces taches. L'enfant nous déclare que les taches jaunes proviennent d'un cataplasme qu'on lui a appliqué sur le ventre; ce cataplasme aurait-il été fait par erreur avec de la farine de moutarde au lieu de farine de graine de lin? cela est possible, et expliquerait la confection des taches jaunes que la graine de lin ne peut pas produire.

En résumé, l'enfant soumis à notre examen est malade.

Son intelligence est développée, et il connaît parfaitement ce que c'est que la masturbation, car il a eu le soin de nous faire connaître les circonstances qui la lui rendaient impossible dans l'atelier où il travaille.

Il présente à l'extrémité de la verge des traces d'une légère inflammation de l'urètre et du gland.

Cette inflammation est-elle le résultat d'attouchements réitérés? c'est ce qui est très probable; mais nous ne saurions dire si ces attouchements sont le fait de l'habitude de la masturbation, ou s'ils dépendent

d'une circonstance tout accidentelle. L'état morbide actuel de l'enfant rend encore plus difficile la solution de cette question.

Visite de la fille Bross... : quelques fleurs blanches abondantes ; depuis long-temps taches jaunâtres à la chemise.

20 octobre 1838.

Voilà une de ces expertises dans lesquelles le médecin ne saurait se prononcer avec trop de réserve. La classe du peuple est tellement dépravée, et les enfants adonnés de si bonne heure aux habitudes les plus vicieuses, qu'il est difficile de faire la part de la maladie et celle de circonstances accidentelles qui font l'objet d'une inculpation d'excitation à la débauche. D'une part, on voit un enfant couchant chez un bijoutier avec trois ou quatre autres apprentis comme lui, et pouvant y prendre l'habitude de la masturbation ; d'une autre part, il se rend chez sa mère tous les quinze jours, et là il est confié à une femme publique avec laquelle il couche ; il tombe malade, et c'est au milieu de cet ensemble de conditions que nous sommes chargé de résoudre la question de savoir s'il a été l'objet d'attouchements ou s'il a cohabité avec une femme. Avouons que ce sont là des cas dans lesquels la médecine légale et souvent même la justice sont tout-à-fait impuissantes.

Je ne terminerai pas ce chapitre sans faire remarquer avec M. Villermé (*Annales d'hyg.*, tome V, page 83) que le viol est plus commun dans les mois de mai, juin et juillet de chaque année ; qu'il est généralement beaucoup plus rare en hiver, et que si les occasions de commettre ce crime sont plus communes à cette époque de l'année, l'influence du printemps doit certainement contribuer à sa fréquence pendant cette saison.

CHAPITRE XII.

MÉDECINE LÉGALE RELATIVE AU MARIAGE.

OPPOSITIONS AU MARIAGE.

Législation.

Code civil, article 174. — A défaut d'aucun ascendant, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante, le cousin ou la cousine germaine, majeurs, ne peuvent former aucune opposition que dans les cas suivants : 1° lorsque le consentement du conseil de famille, requis par l'art. 160, n'a pas été obtenu ; 2° lorsque l'opposition est fondée sur l'*état de démence* du futur époux. Cette opposition, dont le tribunal pourra prononcer main-levée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge par l'opposant de provoquer l'interdiction, et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement.

Code civil, art. 173. — Le père, et à défaut du père, la mère, et à défaut de père et mère, les aïeuls et aïeules, peuvent former opposition au mariage de leurs enfants et descendants, encore que ceux-ci aient vingt-cinq ans accomplis.

Il ne peut y avoir aucun doute, d'après le texte n° 2 de l'article 174 du Code civil, que l'état de démence légalement constaté ne soit un empêchement *dirimant*, c'est-à-dire absolu au mariage, puisque rien ne vicie davantage la capacité civile pour ce contrat, que le défaut de consentement qui résulte nécessairement de l'état de démence. Le médecin peut donc recevoir mission du juge de constater l'état mental d'un individu au mariage duquel il a été formé opposition dans le cas de l'article précité. Le devoir du médecin dans cette circonstance se borne à constater l'état mental de l'individu soumis à son examen, la nature de l'aliénation, son ancienneté, sa gravité, ses intermittences si elle en présente ; car, par l'expression *démence*, le législateur a entendu toute espèce d'aliénation mentale qui ne laisse pas à l'individu la liberté d'esprit nécessaire pour prêter un consentement valable à un contrat civil, quel qu'il soit, et en particulier à celui du mariage, ainsi qu'il est exprimé en l'article 146 du Code civil : « Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement. »

Par conséquent, sous aucun prétexte et dans aucune circonstance que ce soit, le médecin ne pourra être *légalement* consulté pour toute autre cause d'opposition au mariage.

Certes, une famille, un parent peut interroger un médecin sur le fait de savoir si l'épilepsie, une difformité du bassin, un vice de conformation quel qu'il soit, une maladie invétérée, sont des empêchements *rationnels* à un mariage. Mais alors ces consultations sont tout-à-fait officieuses; elles rentrent dans le domaine de la médecine, et non pas dans celui de la médecine légale. C'est donc à tort que l'on a abordé ce sujet dans la plupart des traités qui ont précédé le nôtre; et nous nous garderons bien d'imiter un pareil exemple.

Mais l'article 174 ne se rapporte qu'à des parents collatéraux; en est-il de même à l'égard de l'article 173? Ici la loi a donné aux ascendants le droit de former opposition au mariage de leurs descendants, quel que soit l'âge de ces derniers. Cet article n'a pas limité ce droit, et par cela même il lui a donné, en apparence, la plus grande latitude. Ne pourrait-il pas se présenter des circonstances dans lesquelles le médecin serait consulté par le magistrat sur la question de savoir si les faits matériels articulés par les ascendants existent? Nul doute à cet égard. Toutefois une opposition au mariage dans ces sortes de cas ne pourrait être fondée qu'autant qu'elle reposerait sur les motifs qui entraînent aux yeux de la loi la nullité du mariage; et par conséquent nous renvoyons nos lecteurs au chapitre suivant, dans lequel ces motifs vont être envisagés sous ce rapport.

DES CAS DE NULLITÉ DE MARIAGE.

Code civil, art. 180. — « Le mariage qui a été contracté *sans le consentement* libre des deux époux ou de l'un d'eux ne peut être attaqué que par l'époux ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre. Lorsqu'il y a eu *erreur dans la personne*, le mariage ne peut être attaqué que par celui des deux époux qui a été induit en erreur. »

Cet article a été interprété dans des sens différents par les jurisconsultes et par les médecins légistes. La doctrine de ces derniers est exprimée dans le *Traité de médecine légale* de M. Orfila par ce paragraphe, page 94, 3e édition : « Ainsi l'homme de

l'art peut être appelé pour décider 1° si le consentement donné par les contractants est valable, vu qu'ils pouvaient se trouver dans un état de démence; 2° s'il y a erreur dans la personne, c'est-à-dire *si l'un des époux est impuissant ou s'il appartient à un sexe contraire à celui dont il avait cru faire partie :* d'où l'on voit que nous sommes conduit naturellement à faire l'histoire de l'impuissance et de certains vices de conformation des organes génitaux, qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie. Toutefois, avant d'entamer ce sujet, faisons remarquer que si le Code civil n'autorise pas *expressément* les demandes en nullité de mariage *pour cause d'impuissance*, les jurisconsultes les plus célèbres pensent, avec raison, que le mariage doit être annulé de plein droit *dès qu'une cause physique* s'oppose à la propagation de l'espèce; or, les principales de ces causes sont l'impuissance et certains vices de conformation des parties sexuelles. »

Cette doctrine nous paraît tout-à-fait fausse et en opposition directe avec la jurisprudence actuelle; elle rentre dans l'esprit de la jurisprudence ancienne, dont on a voulu s'écarter tout-à-fait en instituant le nouveau Code civil.

Merlin, il est vrai, y a prêté l'autorité de son nom dans ses Commentaires sur l'impuissance (*Répertoire de jurisprudence*, tome XIV), en rapportant l'arrêt de la cour royale de Trèves, cité par M. Orfila. Mais il n'a pas été aussi loin que ce médecin légiste, et d'ailleurs les jurisconsultes postérieurs à Merlin, Toullier, par exemple, regardent l'arrêt de la cour royale de Trèves comme mal rendu, et contraire à l'esprit du Code, qui a voulu bannir *sans retour ces procès scandaleux qui avaient pour prétexte des infirmités plus ou moins graves; proscrire pour toujours les visites indécentes qui blessent la pudeur*, *que repousse la morale*, et dont, cependant, les gens de l'art ne peuvent tirer que des conjectures trompeuses, souvent démenties par les faits.

C'est encore à l'occasion de ce procès que Toullier émet l'observation suivante : « Si la femme s'était refusée à la visite (on voit qu'il s'agissait d'une demande en nullité de mariage faite par le mari, et fondée sur ce que sa femme n'était pas

dans les conditions favorables à la propagation de l'espèce), qu'eût pu faire la cour royale de Trèves? aurait-elle pu conclure que ce refus contenait une reconnaissance tacite de l'inhabilité de la femme? »

Et en effet, que serait un jugement dans lequel il faudrait aller chercher, dans la complaisance et le consentement de la partie adverse, les *preuves matérielles* d'une condamnation !

Tronchet s'exprime d'une manière encore plus positive dans le procès-verbal de la discussion du Code civil, du 14 thermidor, an X. « On n'a pas fait de l'impuissance, à l'occasion de la paternité et de la filiation, l'objet *d'une action en nullité;* et ce silence absolu de la loi est fondé en raison; car il n'est pas de moyen de reconnaître avec certitude l'impuissance. » *En général, il était dans l'esprit du projet d'anéantir cette cause sous tous les rapports.*

Ainsi donc, si l'arrêt de la cour de Trèves a pour lui l'opinion de Merlin, il a contre lui l'autorité de Toullier et de Tronchet. Nous croyons devoir nous arrêter à la doctrine du Code civil, exprimée par la dernière phrase du procès verbal, du 14 thermidor, que nous venons de citer, en définissant *l'erreur sur la personne* dans le sens du droit romain, dans le sens du droit naturel; c'est-à-dire l'erreur dans l'union de deux individus, qui doivent être de sexe différent, *conjunctio maris et feminæ*, Ainsi, moi, femme, je crois épouser un homme, j'épouse une femme, *et vice versâ;* ou bien, moi, homme, je crois épouser Jeanne, et par une fraude quelconque, j'épouse de fait Françoise. Ce sont là des exemples d'erreur dans la personne.

Voici d'ailleurs un arrêt rendu par la cour de Gênes, le 7 mars 1811, qui vient appuyer notre doctrine, et que nous pouvons opposer avec d'autant plus de raison à celui de la cour royale de Trèves, qu'il est postérieur de trois ans à ce dernier. Il est ainsi conçu :

« Attendu que si les auteurs du Code avaient reconnu cette cause de nullité, ils auraient déterminé, comme ils l'ont fait à l'égard de celles dont ils se sont expliqués, par qui et dans quel délai elle pouvait être proposée, et surtout qu'ils auraient spécifié le genre de preuve auquel on pourrait recourir pour constater l'impuissance, puisque ces législateurs ne pouvaient ignorer qu'un pareil moyen avait été, sous l'an-

cienne jurisprudence, sujet aux vicissitudes des temps et des lieux, et qu'il y avait eu, dans les différents temps, incertitude sur la manière de le vérifier; *ce serait faire injure à leur sagesse* que de supposer qu'ils ont voulu abandonner tout cela à l'arbitrage des tribunaux, et perpétuer ainsi une pareille incertitude et tous les abus qu'elle a produits.

» Attendu que du silence qu'ils ont gardé à cet égard, il est, au contraire, bien plus raisonnable de conclure qu'ils n'ont pas trouvé cette cause suffisante pour entraîner la dissolution du nœud conjugal, parce qu'ils sont demeurés convaincus qu'il n'y avait rien de sûr dans *tout ce qu'on avait imaginé pour vérifier l'impuissance naturelle;* que d'ailleurs elle est un phénomène qui ne peut avoir lieu que fort rarement; et qu'ainsi il était préférable de laisser subsister un petit nombre de mariages dont la consommation ne serait pas possible, plutôt que de fournir un remède qui avait été long temps la source de procédures scandaleuses dont la raison et les mœurs s'indignaient également.

» Attendu qu'il résulte en effet du procès-verbal de la discussion du Code civil, que l'impuissance est au nombre des causes de nullité de mariage, et des causes déterminées du divorce *qui ont été rejetées* au conseil d'Etat; ce qui est encore plus clairement exprimé dans le rapport du tribun Duveyrier, fait au corps législatif, le 2 germinal an XI, au sujet de l'art. 315 du Code, où cet orateur dit formellement que cette cause nommée *impuissance naturelle* n'est point au nombre des causes qui conduisent à la dissolution du mariage.

» Attendu qu'inutilement alléguérait-on qu'il y a eu erreur de la part de l'individu qui a contracté mariage avec une personne incapable de le consommer, et que cette erreur vicie son consentement, sans lequel il ne peut exister de mariage; puisque l'erreur en cette matière ne s'entend pas, comme l'observait le conseiller d'Etat Portalis, d'une simple erreur sur les qualités, la fortune ou la condition de la personne à laquelle on s'unit, mais d'une erreur qui aurait pour objet la personne même; que la capacité de consommer le mariage n'est qu'une qualité de la personne, et que l'époux qui en est privé n'en est pas moins identiquement le même individu avec lequel on s'était engagé par contrat.

» Attendu, enfin, qu'il n'est pas exact de dire que l'objet du mariage étant la procréation des enfants, la substance de ce contrat s'évanouit si l'une des parties se trouve dans une situation telle à ne pouvoir jamais remplir cet objet; car la procréation des enfants est bien le principal, mais non pas le but unique du mariage; et il est si vrai que ce but n'est pas exclusif de tout autre, que la loi n'a fixé aucun âge après lequel la femme ne puisse pas se marier, quoiqu'il soit bien constant que sa vieillesse est frappée de stérilité (1). »

Mais, dit Merlin, pourrait-on juger de même s'il s'agissait d'une *impuissance accidentelle et manifeste,* telle que serait celle qui résulterait d'une amputation, d'une mutilation, ou de tout autre accident semblable dont l'antériorité au mariage ne peut pas être révoquée en doute? Bien évidemment, on ne pourrait

(1) *Jurisprudence de la Cour de cassation,* tome II, partie 2, page 193.

pas appliquer à cette hypothèse le motif pour lequel Tronchet a dit, dans la discussion du titre de *la Paternité* et de *la Filiation*, que l'on n'avait pas fait de l'impuissance l'objet d'une action en nullité; car on ne peut plus dire qu'il n'est pas de moyen de reconnaître avec certitude l'impuissance. Pourquoi donc ne laisserait-on pas alors agir, dans toute son intensité, le principe général : *qu'il n'y a point de mariage, s'il n'y a point de consentement, et partant, qu'il n'y a point de consentement s'il y a erreur?* »

Oui, dirons-nous; mais, en adoptant de pareils principes, on rentrerait dans tous les inconvénients que les auteurs du Code civil ont voulu éviter. Car ils ont craint, surtout, d'aborder la vérification de l'impuissance manifeste, attendu que cette impuissance peut être plus ou moins apparente; qu'elle pourra l'être pour les uns et ne pas l'être pour les autres. De là, tout le dédale des procès scandaleux que le Code a voulu éviter. De l'impuissance physique, il n'y aurait pas de raison pour ne pas descendre, comme autrefois, à l'impuissance nerveuse, qui doit tout aussi bien être admise en médecine, que l'impuissance résultant d'un vice de conformation dans les organes sexuels. Donc la jurisprudence nouvelle ne différerait plus de la jurisprudence ancienne.

En résumé, en envisageant les conséquences de cette doctrine, on voit qu'il y a deux cas possibles où les intérêts des époux peuvent être lésés; mais la loi a préféré laisser subsister cette cause de dommage, plutôt que de consacrer l'impuissance comme motif de nullité de mariage. Elle l'a fait par deux motifs : le premier, *parce qu'il est presque toujours impossible de constater d'une manière certaine l'impuissance, soit naturelle, soit accidentelle;* le second, parce qu'elle a senti que dans les cas où la personne réputée impuissante voudrait s'opposer à l'examen des causes d'impuissance, elle mettrait les juges dans l'impossibilité de porter un jugement; et, par cela même, l'application de la loi ne pourrait pas avoir lieu.

Nous avons dit, en commençant cette discussion, que la plupart des médecins légistes avaient professé une doctrine opposée; hâtons-nous de déclarer que M. Marc partage entièrement

notre opinion, car il termine son article *Impuissance* (*Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXIV) par cette phrase : « J'applaudis aux obstacles dont on a hérissé le divorce ; je blâme la facilité avec laquelle, dans quelques pays, des infirmités acquises même depuis le mariage suffisent pour rompre ce lien. Je désirerais, toutefois, que l'époux évidemment trompé ne fût pas condamné sans ressource à terminer son existence sans espoir de donner le jour à une postérité légitime. » On lit encore, page 195 : « Toutefois, *il ne serait pas impossible*, quoique le chapitre IV du titre *Du mariage* du Code civil *ne contienne aucune disposition expresse relative à l'impuissance*, qu'une cause de cette nature fût accueillie par les tribunaux, etc. »

Nous avons envisagé l'art. 180 sous le rapport légal ; nous avons émis, sur cette interprétation, une doctrine que nous croyons être généralement adoptée aujourd'hui. Voyons actuellement si la question, envisagée *médicalement*, viendra par ses résultats appuyer notre opinion. Cette manière d'examiner les faits servira en même temps de guide au médecin légiste, dans le cas où, par exception, une jurisprudence opposée serait admise par un tribunal. Ne perdons pas de vue que le législateur a été dominé par cette pensée : *qu'il est presque toujours impossible de constater d'une manière certaine l'impuissance, soit naturelle, soit accidentelle.*

A cet effet, passons en revue toutes les causes d'impuissance ; pesons leur valeur de manière à tirer de cet examen une conclusion. Et d'abord, spécifions bien le sens que l'on devra attacher au mot *impuissance*. S'entend-il de l'impossibilité de fournir un fluide fécondant et capable de procréer ; ou au contraire, *des qualités physiques* de la personne, qui permettent d'opérer l'acte de la copulation ? Évidemment, le législateur n'a pas adopté la première signification que nous venons de donner du mot *impuissance*, puisqu'il a même passé la seconde sous silence, dans la crainte de ne pouvoir faire arriver à la constater ; or, si déjà il lui a paru impossible de connaître la valeur de qualités physiques apparentes, à plus forte raison a-t-il rejeté loin de lui l'appréciation de causes cachées. Le médecin n'aura donc

jamais à déterminer si un individu, bien conformé du reste, est impuissant. Et en effet, pour faire sentir dans quel vague l'expert serait placé, il nous suffira d'énoncer les causes de *l'impuissance* dite *nerveuse*. Elle peut être la suite de jouissances vénériennes anticipées, et être amenée au point de l'exemple cité par *Henricus ab Heers* (*Observat. médical.*), ou offrir des degrés d'anaphrodysie que l'on ne peut pas calculer.

Un jeune homme élevé dans une maison opulente et parvenu à l'âge de la puberté, consulta sur cet objet ce médecin habile, en lui avouant que, dès sa dixième année, il avait eu des familiarités très fréquentes avec des jeunes filles accoutumées à exercer sur lui des attouchements lascifs, ajoutant que depuis cette époque il avait perdu entièrement la faculté de l'érection. Il voyageait depuis long-temps, et avait pris successivement l'avis de plusieurs médecins français. Il alla aux eaux de Spa, et son état fut constaté avec soin par le médecin dont je viens de parler. La sensibilité et la faiblesse du membre génital étaient si grandes, qu'au moindre attouchement et sans aucune sorte de sensation ou de désir de l'union des sexes, le jeune homme rendait une liqueur semblable au petit-lait; cette excrétion se continuait le jour comme la nuit, toutes les fois que l'urine était rendue, ou au moindre frottement exercé par le linge. Déjà une foule de remèdes avaient été mis en usage, et le sage *Henricus ab Heers* ayant regardé la maladie comme incurable, le jeune homme ne voulut point s'en tenir à son avis; et comme il était très riche, il continua de voyager en Italie, en France, en Angleterre, en Allemagne, dans l'espoir de recouvrer les droits de la virilité. Il ne manqua point, suivant l'usage, de trouver plusieurs médecins peu éclairés et très féconds en promesses illusoires d'une guérison complète. Enfin, après six années de voyages, de tentatives vaines et de dépenses les plus infructueuses, le jeune homme revint trouver le médecin habile qui lui avait parlé avec tant de franchise, et à qui il regrettait de ne pas avoir accordé sa confiance.

On a cité les affections morales de l'âme, les études et l'application prolongée, l'excessive vivacité des désirs comme étant capables d'amener l'impuissance, mais nous pensons qu'on a été trop loin à l'égard de ces diverses causes, si l'on en excepte la dernière.

Un homme de trente-six ans était uni à une femme de vingt-six ans; l'un et l'autre jouissaient d'une santé parfaite; mais le mari ne pouvait éjaculer, tant l'érection et la roideur du pénis étaient fortes; et il était forcé de se retirer avant la consommation de l'acte. Cette circonstance est d'autant plus remarquable, que le même époux n'a point éprouvé avec d'autres personnes cet obstacle à l'émission de la liqueur séminale, et qu'il a eu même des enfants d'un premier mariage. (*Gazette de santé*, 1785.)

Il n'en est pas de même de l'onanisme, de la faiblesse générale, du défaut de nourriture, de l'abus des liqueurs spiritueuses,

de l'usage de certains médicaments, le nénuphar, le camphre, le nitrate de potasse et une foule d'autres causes qui agissent sur le système nerveux, mais dont il est impossible d'apprécier les résultats à leur juste valeur. Il pourrait donc y avoir erreur dans la plupart des cas, si un médecin devait prononcer sur l'impuissance dite nerveuse, celle dans laquelle la conformation des parties génitales est normale.

Abordons actuellement les cas d'impuissance où il y a défaut de conformation, et d'abord chez l'homme. — *Absence de la verge.* — Ce vice de conformation, qui peut être naturel ou le fait d'une opération, a été, en général, considéré comme cause d'impuissance par les auteurs; eh bien, suivant les uns, il ne l'est réellement que dans les cas où il ne reste plus de verge; suivant d'autres, c'est une cause d'impuissance dans ceux-là seulement où le membre viril est réduit au quart ou au cinquième de sa longueur : de là une source d'incertitudes. Où faudra-t-il s'arrêter? Et si l'expert est partisan de *l'aura seminalis* de certains physiologistes, l'absence de la verge ne deviendra plus une cause absolue d'impuissance. D'ailleurs ne serait-il pas possible de remédier jusqu'à un certain point à ce défaut de conformation? Déjà des essais de ce genre ont été faits par quelques médecins; et l'on assure qu'ils ont été couronnés de succès.

Absence des testicules. — Elle peut être naturelle; et dans ce cas, s'il est facile de la constater au moins quant à la position que ces organes occupent ordinairement, il n'est pas toujours possible d'affirmer qu'ils manquent. Ils peuvent rester cachés derrière l'anneau inguinal; et alors, c'est dans l'ensemble de l'individu, c'est dans les caractères généraux de conformation qui se rapprochent plus particulièrement du sexe féminin, qu'il faut aller chercher les preuves de cette cause d'impuissance. Ainsi, « le pubis est tapissé par une grande quantité de graisse; les individus sont faibles de corps et d'esprit; ils n'éprouvent jamais de désirs vénériens; la peau est beaucoup plus molle et plus fine qu'elle n'est ordinairement chez les autres hommes; les formes féminines prédominent; il n'y a point de barbe; la voix est grêle, les mamelles volumineuses, les mains courtes

et potelées, les cuisses et les jambes semblables à celles des femmes. » Et qui oserait faire prononcer la nullité d'un mariage sur de pareils indices, surtout quand on compare ces caractères avec ceux qui sont propres aux crypsorchides, ou individus chez lesquels les testicules restent cachés derrière l'anneau? « Chez presque tous les crypsorchides, le développement des organes génitaux est au moins aussi parfait que chez les individus dont les testicules sont dans le scrotum; *mais on en a vu qui avaient quelques uns des caractères appartenant au sexe féminin.* Toutefois, l'ensemble de ces caractères n'a jamais été aussi tranché et aussi complet que chez les personnes privées de testicules. » Il est donc possible de s'y méprendre, et cette circonstance seule doit laisser l'expert dans le doute, plutôt que de commettre une erreur aussi grave dans ses conséquences.

Lorsque l'absence des testicules est accidentelle, il existe alors une preuve matérielle de cette opération; elle consiste dans une cicatrice qui a son siége aux bourses. Il y a alors véritablement impuissance. Cependant, quelques médecins pensent qu'un individu peut conserver, pendant un laps de temps qui n'est pas déterminé, la faculté de procréer, alors que la castration n'a pas été opérée dans le but d'enlever des testicules altérés, c'est-à-dire squirrheux ou cancéreux. M. Marc partage cette manière de voir. Voilà donc un cas d'impuissance bien caractérisé, et qu'il est presque toujours possible de reconnaître; mais voyons à quelles conséquences l'admission de cette impuissance accidentelle et antérieure au mariage pourrait conduire. — Il est reconnu que les individus chez lesquels la castration a été opérée, surtout lorsqu'elle a eu lieu après l'âge de la puberté, peuvent encore entrer en érection. Un homme pourrait donc se marier, cohabiter avec sa femme, et lorsqu'il lui plairait de s'en séparer, il lui suffirait de faire constater son impuissance! Non, il n'en aurait pas le droit, dira-t-on; mais ce droit serait acquis à sa femme. Nous répondrons: La loi a-t-elle établi de pareilles distinctions, toutes fondées qu'elles puissent être? Elle a rejeté le principe général, parce qu'elle a senti l'abus que l'on en pourrait faire. Cependant, si un cas de ce genre se présentait à l'expert, il ne de-

vrait pas hésiter à taxer d'impuissance l'individu châtré depuis plusieurs mois, et à plus forte raison depuis des années.

Extrophie de la vessie. — Voici encore une cause réelle et manifeste d'impuissance. Ce vice de conformation est caractérisé par une petite tumeur placée un peu au-dessus et au voisinage du pubis, ayant l'aspect d'une framboise ; elle offre parfois un volume plus considérable. Cette tumeur est formée par la vessie renversée sur elle-même, et venant faire saillie au dehors par une ouverture aux parois abdominales, dans l'écartement des muscles droits de l'abdomen. Les uretères viennent s'ouvrir à sa surface, et la verge est imperforée, courte, sans urètre, quelquefois élargie, creusée en gouttière à sa face supérieure ; le scrotum est rapetissé et vide ; les testicules restent dans l'abdomen, les vésicules spermatiques peuvent manquer. (Chaussier.)

Perforations vicieuses du canal de l'urètre. — Ici se trouvent compris les épispades et les hypospades. On sait combien le point de la verge où l'urètre vient s'ouvrir est susceptible d'offrir de variations ; tantôt cette ouverture est placée sous le gland, tantôt à la base de la verge, enfin quelquefois derrière le scrotum. Dans tous ces cas, l'impuissance est réelle suivant Haller, Eschenbach, Mahon, Hebenstreit, Fazelius. — Petit-Radel, Schenk, Koop, Morgagni, Sabatier, Richerand, émettent une opinion opposée, excepté à l'égard de l'ouverture de l'urètre derrière le scrotum ; encore Hunter dit-il avoir rendu père, un hypospade dont la liqueur spermatique sortait par le périnée, en recueillant dans une seringue la liqueur prolifique au moment de l'éjaculation, et en l'injectant dans le vagin de la femme, après avoir préalablement excité chez elle le degré d'éréthisme nécessaire. Morgagni (Lett. 46, § 8) cite le cas remarquable d'un hypospadias chez lequel l'ouverture de l'urètre se trouvait à la partie supérieure d'une fente, formée par la division incomplète du scrotum, et cependant le jeune homme qui en était affecté avait pu féconder une femme. — Quel jugement les magistrats pourraient-ils rendre en présence de pareilles autorités d'une opinion si opposée ?

Bifurcation de la verge. — Elle n'est considérée par M. Or-

fila, comme cause d'impuissance, que lorsqu'elle ne permet à aucune des extrémités du membre de s'introduire dans le vagin; encore faudra-t-il rechercher avant de porter un jugement, si le point bifurqué qui ne peut être introduit dans un vagin étroit, ne pourrait pas se loger dans un vagin plus ample, ou s'il ne serait pas possible, par un simple changement de position des époux, de le faire pénétrer dans la même cavité qui naguère lui refusait l'entrée! — Nous voilà arrivés à l'impuissance relative, alors que la loi n'admet même pas l'impuissance absolue!

Il en serait de même à l'égard de la *petitesse, de la grosseur excessive et de la longueur démesurée de la verge.* Nous en dirons autant de la *direction vicieuse de cet organe; du rétrécissement du canal de l'urètre, du phymosis, du paraphymosis, des hernies scrotales et de l'hydrocèle,* circonstances auxquelles on peut remédier dans la plupart des cas. — Quant au *sarcocèle,* il n'est pas douteux qu'il ne doive y avoir impuissance lorsque les deux testicules sont tout-à-fait squirrheux; mais combien d'erreurs pourraient être commises si les tribunaux accueillaient cette affection comme cause d'impuissance! Est-il toujours possible de bien reconnaître l'état squirrheux de la totalité du testicule? N'existe-t-il pas un grand nombre de cas dans lesquels des erreurs ont été commises à ce sujet, et où un traitement approprié aurait fait disparaître un état d'engorgement chronique qui simulait l'affection?

Mais les traités de médecine légale vont plus loin, et ils abordent même les causes cachées d'impuissance, alors que, parmi les causes physiques, il n'en est que deux qui ne puissent pas être contestées. On cite, *l'endurcissement du vérumontanum, l'engorgement de la prostate, l'oblitération des canaux éjaculateurs.* M. Orfila ajoute, page 207, ouvr. cité : Ces causes d'impuissance, pour ne pouvoir être appréciées par le médecin, n'en sont pas moins réelles, et il importe qu'il en ait connaissance, parce que s'il ne parvient pas à établir la réalité de l'impuissance, d'après des faits apparents, du moins prouvera-t-il que l'impuissance n'est pas impossible, ce qui n'est pas indifférent pour les magistrats chargés de prononcer le jugement. Nous

ne saurions adopter cette manière de voir, ce serait ouvrir une porte à des abus sans nombre; car, sous des prétextes aussi spécieux, on pourrait rendre les jugements les plus iniques. Il faut, en médecine légale, des preuves matérielles; et là où on ne peut plus les produire, la loi ne doit plus être appliquée. Comment apprécier à leur juste valeur les divers cas de dyspermatisme que je vais signaler? Petit, dans un mémoire inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie, cite plusieurs exemples où le sperme, au lieu d'être éjaculé au dehors, rentrait en partie ou en totalité dans la vessie, ou s'écoulait peu à peu de la verge après l'érection; un engorgement des parois du canal de l'urètre ou des tumeurs placées dans le voisinage étaient la cause de cet état anormal. Lapeyronie rapporte l'exemple d'un individu chez lequel le dyspermatisme était survenu à la suite d'une ulcération gonorrhéique, qui s'était terminée par une cicatrice dans le point de l'urètre où s'ouvrent les canaux éjaculateurs; la liqueur séminale était portée vers le col de la vessie. Morgagni, dans ses 40, 44 et 46[e] lettres, relate des cas où les orifices des conduits éjaculateurs étaient oblitérés ou rétrécis à la suite de gonorrhées.

Les cas d'impuissance chez la femme sont aussi nombreux que chez l'homme; mais on va voir que, attendu l'impossibilité où l'on est de pouvoir les constater, ils se trouvent réduits à un bien petit nombre. Nous citerons : *l'absence de la vulve, du vagin, de l'utérus, des trompes, des ovaires et des artères spermatiques*. Sur ces monstruosités, deux seulement peuvent être constatées sur le vivant et considérées comme cause d'impuissance : c'est l'absence de la vulve et celle du vagin. Dans la première, le vagin communique fréquemment avec le rectum; et les exemples suivants prouvent que la fécondation a cependant été opérée malgré ce vice de conformation.

Une jeune Piémontaise, qui avait épousé un caporal français, est conduite, pendant les douleurs de la parturition, à l'hôpital d'accouchement de Turin. La sage-femme en chef explore et ne trouve pas de vagin; mais elle reconnaît une tumeur volumineuse à l'endroit correspondant à l'orifice de celui-ci. L'accoucheuse a recours à l'élève de garde, qui, étant aussi embarrassé qu'elle, fait appeler le professeur Rossi. Celui-ci croit distinguer la tête de l'enfant à travers la tumeur, qu'il incise, et l'accouchement a lieu. Il s'agissait maintenant de savoir

comment la conception avait pu s'effectuer ; et il résulta des aveux de la femme, que son mari n'ayant pas trouvé ce qu'il désirait, avait suivi une route opposée. Il existait une communication congénitale et directe entre le vagin et le rectum.

Barbaut (*Cours d'accouchements*, page 59) rapporte que dans deux cas de communication du vagin avec le rectum, l'accouchement eut lieu ; une fois, au moyen d'une déchirure qui s'étendit jusqu'au méat urinaire ; et l'autre fois, à l'aide d une incision qui favorisa la sortie du fœtus.

Gianella fut appelé pour donner des soins à une femme de quarante ans qui était enceinte ; le vagin s'ouvrait à la paroi antérieure de l'abdomen. Il fut obligé de dilater l'ouverture extérieure pour qu'elle permît le passage de l'enfant. (Morgagni, *liber quintus, epist.* 67, t. III, pag. 568.)

Les autres monstruosités peuvent se présenter avec les apparences d'une bonne conformation des parties génitales externes, ou avec une conformation plus ou moins vicieuse : tel est l'exemple rapporté par M. Andral, dans son *Précis d'anatomie pathologique*.

Une jeune fille de dix-sept ans, qui était entrée à l'Hôtel-Dieu, avait un vagin d'un pouce de profondeur ; derrière le cul-de-sac qui le terminait, existait le rectum : au-dessus de la vessie et derrière elle, on voyait les ligaments larges dans l'épaisseur desquels se trouvaient des trompes volumineuses et des ovaires très développés. Au point de réunion des deux trompes, existait un petit renflement qui n'offrait ni cul-de-sac, ni cavité, et qui ne ressemblait en rien à l'utérus. Cependant, chez cette femme, les mamelles étaient bien développées, les parties génitales externes très bien conformées ; mais la menstruation n'avait jamais eu lieu.

Dans la seconde monstruosité que nous avons citée, l'absence de vagin, il y a réellement impuissance manifeste, d'autant que l'absence de l'utérus coïncide fréquemment avec elle. Quant aux autres causes énoncées par les auteurs comme déterminant l'impuissance chez les femmes, elles sont comprises sous les dénominations suivantes : longueur démesurée du clitoris et des nymphes ; oblitérations du vagin par la membrane hymen, par une seconde membrane placée au-devant de celle-ci, par suite d'adhérences accidentelles ou par des brides transversalement placées ; rétrécissement partiel ou total du vagin ; communication complète du vagin et du rectum avec absence de cloison recto-vaginale ; communication de la partie supérieure du vagin avec la vessie ou le rectum. M. Velpeau cite une observation de Sue, dans laquelle le rectum s'ouvrait dans

le vagin, et le vagin dans la vessie, sans qu'il y eût communication avec la matrice. Madame Boivin parle aussi d'un canal irrégulier qui paraissait établir une communication entre la partie supérieure du vagin et l'ovaire.

Nous citerons encore, pour compléter cette énumération, l'inversion de l'utérus, la chute de cet organe, sa hernie, l'oblitération de son col, les conformations vicieuses des ovaires et des trompes; les maladies chroniques du vagin, de l'utérus et des ovaires; la largeur excessive ou le rétrécissement des parties génitales, etc., etc.

Est-il, parmi tous ces vices de conformation, une seule cause réelle d'impuissance à laquelle on ne puisse pas remédier par les moyens de l'art, et que l'expert puisse d'abord certainement constater, et ensuite être considérée par lui comme tout-à-fait incurable? nous ne le pensons pas; et par conséquent en réunissant les causes réelles d'impuissance dans les deux sexes, bien évidentes, bien manifestes, on ne trouve que trois ou au plus quatre circonstances dans lesquelles le jugement pourra être porté d'une manière certaine par le médecin. Le législateur a donc eu raison, suivant nous, de ne pas considérer l'impuissance comme une cause de nullité de mariage; s'il avait admis ce motif, la loi aurait été favorable à quelques personnes placées dans les trois cas exceptionnels que nous venons de rapporter, et dans cinquante autres on aurait vu se reproduire tous ces procès scandaleux qu'il a voulu éviter.

Nous avons considéré jusqu'alors l'impuissance sous le rapport de la nullité de mariage. C'est sous un tout autre point de vue qu'il faudra envisager les conformations vicieuses des parties génitales, quand il s'agira de viol; ici, il n'est plus question de fécondité. Toute la question se réduit à savoir si les dispositions physiques et matérielles des organes génitaux de la personne inculpée du crime de viol, sont telles, qu'elles aient pu permettre l'accomplissement des désordres matériels que l'on observe sur les parties génitales de la personne violée. C'est alors que doit servir de guide cet axiome que, dans le doute, la balance de la justice doit pencher en faveur de l'accusé, et par conséquent la mauvaise conformation des organes sexuels

de l'homme doit être prise en grande considération dans le fait de savoir si la défloration a pu être opérée. Ici, tout est relatif. Il faut comparer la forme, le volume, l'étendue, la conformation du pénis avec la dimension du vagin, et, laissant de côté l'impuissance, ne voir dans cet examen que des agents physiques mis en action.

Hermaphrodisme envisagé comme cause de nullité de mariage.

Nous arrivons à un genre de vice de conformation qui ne peut plus être pour la loi l'objet d'aucune incertitude. Elle porte sur l'erreur à l'égard du sexe; elle rentre par conséquent dans l'esprit de la législation.

Le mot hermaphrodisme dérive de Ερμης, Mercure, et de Αφροδιτη, Vénus, fils de Mercure et de Vénus, nommé hermaphrodite pour avoir été insensible auprès de la nymphe Salmacis, dont il était aimé éperdument. Ce mot entraîne avec lui l'idée de réunion des deux sexes sur le même sujet. Or, si une semblable organisation se rencontre chez certains végétaux et chez quelques animaux (les plantes monoïques, les zoophytes, divers mollusques, tels que l'huître et le limaçon), qui occupent les derniers degrés de l'échelle, elle n'est pas possible chez l'homme. (On trouve déjà des sexes séparés dans les végétaux de la Diœcie, et, pour le règne animal, dans les vers, les insectes, à plus forte raison dans les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères.) L'expression d'hermaphrodite n'est donc pas admissible pour notre espèce. Cependant Tiedmann, qui admet en principe que le sexe, dans l'embryon, n'est ni mâle ni femelle, regarde l'androgynie comme possible, et son opinion est professée en Allemagne par Meckel et par beaucoup d'autres physiologistes. L'homme peut présenter des vices de conformation des parties génitales tels, qu'il paraisse appartenir à un sexe autre que celui dont il fait partie, ou même qu'il soit impossible de déterminer le sexe. Toutefois, dans la plupart des cas l'erreur n'est qu'apparente. On a établi en médecine un hermaphrodisme masculin et un hermaphrodisme féminin. L'expert, dans ces deux cas, peut reconnaître l'erreur, car il suffit d'un examen un peu attentif pour résoudre

la question d'une manière très positive. Ainsi, tantôt c'est un clitoris énorme qui a fait croire que la femme était homme et femme à la fois; tantôt c'est un pénis très peu développé, un hypospadias, une fente plus ou moins profonde du scrotum, qui en ont imposé pour une vulve ou un clitoris. Dans d'autres cas c'est un prolongement du col de l'utérus, que l'on a pris pour le pénis, comme cela a eu lieu dans la fameuse affaire de Marguerite Malaure, à Toulouse. Mais il est une espèce d'hermaphrodisme qui présente beaucoup plus d'incertitude. La conformation des parties génitales est telle, que l'on ne saurait déterminer à quel sexe l'individu appartient. On a spécifié ce genre de vice de conformation par la dénomination d'hermaphrodisme *neutre*. Ce n'est pas ici le lieu de donner une description minutieuse des variétés d'hermaphrodisme que l'on a observées; il nous faut seulement faire connaître à l'expert les données qui doivent le guider dans son examen, et terminer cet article par des exemples d'hermaphrodisme appartenant aux trois variétés que je viens de signaler. Mais nous pouvons reproduire le sommaire de quelques faits récents. Un malade, mort à la Pitié, en 1832, dont M. Bouillaud a rapporté l'observation, et qui a été vu par M. Velpeau, offrait à l'extérieur tous les attributs du sexe mâle, tandis qu'il existait à l'intérieur deux ovaires, deux trompes, une matrice et une prostate très reconnaissables. Un autre individu, vu à la Pitié par M. Velpeau, en 1833, n'avait, pour tout organe sexuel, qu'un tubercule pénien long de quatre à six lignes, et n'offrait ni mamelles, ni scrotum, ni vulve, ni poil, ni barbe. Du reste il était grand, avait la voix féminine, et toute l'instabilité, toute la loquacité des femmes de la halle. (Velpeau, *Traité des accouchements*, I, 114.)

Il est deux ordres de faits à observer dans des cas de ce genre: 1° la conformation générale du corps, l'exercice des fonctions, les goûts, les penchants, les habitudes; 2° la conformation propre aux organes sexuels.

En général les formes viriles prédominent chez les hermaphrodites mâles; ainsi, le développement des muscles, le timbre de la voix, la physionomie, les goûts et habitudes de l'homme se

rencontrent le plus fréquemment chez eux ; toutefois on aurait tort de baser son jugement sur l'existence seule de ces signes extérieurs, car on pourrait être induit en erreur. Ajoutons qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas d'hermaphrodisme masculin avec un développement assez considérable des seins, et peu de propension pour l'autre sexe. Il en est de même à l'égard de l'hermaphrodisme féminin. C'est donc à l'inspection des organes sexuels qu'il faut nous attacher.

Dans le cas d'hermaphrodisme masculin, le scrotum est divisé en deux parties distinctes le long du raphé, de manière à former deux replis qui figurent les grandes lèvres. Souvent même il existe une dépression en forme de cul-de-sac, qui correspond au vagin, mais l'existence même de ce cul-de-sac vient lever toute espèce d'erreur à cet égard. Dans les replis du scrotum, on rencontre quelquefois les deux testicules dont les cordons vont s'engager dans les anneaux inguinaux. Les testicules peuvent ne pas y exister, mais ils sont alors placés derrière chaque anneau ; et c'est dans ce cas qu'il y a une apparence féminine plus prononcée. La verge est presque toujours à l'état rudimentaire ; elle offre une longueur peu considérable ; elle est imperforée et simule le clitoris. Le canal de l'urètre s'ouvre à sa base, ou même au périnée, au voisinage de l'anus. Il y a donc dans cet examen trois faits principaux à constater : 1° la présence des testicules ; 2° celle du canal de l'urètre communiquant avec la vessie, ce dont on s'assure en introduisant une sonde à travers les ouvertures que l'on peut observer ; car parfois, à la place de l'ouverture ordinaire de ce conduit sur la verge, on trouve un petit cul-de-sac qui la figure ; ou bien l'ouverture de ce canal est au périnée et non pas dans le vagin ou dans la cavité qui le représente ; 3° l'existence d'un cul-de-sac qui sépare les deux replis formés par le scrotum, ainsi que le défaut de communication de ce cul-de-sac avec la matrice.

Cheselden rapporte dans son *Anatomie* deux cas de cette espèce observés par lui, l'un sur un nègre, l'autre sur un Européen. Le scrotum était divisé en deux sacs distincts qui laissaient entre eux une fente profonde, laquelle ressemblait aux grandes lèvres et à l'entrée du vagin ; la verge était suspendue au-dessus de ces parties ; l'imperfection de la

cloison du scrotum s'étendait jusque dans l'épaisseur des parois de l'urètre, à peu près comme la fissure, dans le bec de lièvre, s'étend quelquefois jusque dans les parties osseuses de la voûte du palais. La face inférieure du pénis était adhérente, dans toute sa longueur, aux bords des deux divisions du scrotum qui contenait les testicules. Cette disposition donnait au pénis l'aspect d'un clitoris mal conformé, et cette ressemblance devenait plus frappante encore par l'absence de l'urètre. L'urine sortait de la fente que formaient les divisions du sacrum, par une ouverture communiquant directement avec la vessie, et assez large pour admettre l'introduction d'un instrument. On le prit pour un vagin étroit.

Adélaïde Préville, du Cap-Français, se maria, vécut les dernières années de sa vie en France, et mourut à l'Hôtel-Dieu de Paris. Feu Giraud reconnut, par l'examen du cadavre, qu'Adélaïde Préville avait été du sexe masculin, et qu'à un faux vagin près, qui consistait en un cul-de-sac placé entre le rectum et la vessie, cet individu ne présentait rien qui eût pu faire supposer qu'il était femme. (*Recueil périodique de la Soc. de méd. de Paris.*)

Le docteur Worbe a présenté à la société de la Faculté de médecine de Paris (V. le *Bull. de cette Société* n° x de l'année 1815, dans le *Journ. de méd. chirurg. et pharm.*, janvier et février 1816), l'observation suivante d'un individu réputé du sexe féminin pendant vingt-deux ans, et définitivement rendu à l'état civil, en vertu d'un jugement solennel.

Obs. LXX. — Le 19 janvier 1792, M. le curé de la paroisse de Bu, arrondissement de Dreux, constata la naissance d'une fille, et lui imposa les noms de *Marie-Marguerite*. Cet enfant parvint à l'âge de treize à quatorze ans, sans que rien de particulier eût, à son égard, fixé l'attention de ses parents. Il partageait le lit d'une sœur moins âgée que lui; il grandissait au milieu d'autres jeunes personnes auxquelles il était associé par l'éducation, l'exercice et les plaisirs de l'enfance.

A cette époque de la vie où les organes de la génération sortent de leur nullité, se perfectionnent, et ne tardent pas à être entièrement capables du grand œuvre de la reproduction, Marie se plaignit d'une douleur à l'aine droite; une tumeur se manifesta dans cette région. Le chirurgien du village, dont on peut tout dire, puisqu'il est mort, vit une hernie et fournit un bandage. Cet instrument fatiguait trop la jeune personne pour être porté avec constance; on le quitta, la tumeur descendit à son aise; les douleurs disparurent. Quelques mois écoulés, le côté gauche offrit les mêmes phénomènes. A cette double hernie, le chirurgien opposa un double brayer. Ce moyen n'étant pas supportable, fut promptement rejeté; on renonça tout-à-fait au dessein de contenir les descentes.

Marie atteignait seize ans; blonde, fraîche, bonne ménagère, elle inspira de l'amour au fils d'un fermier voisin. Des raisons d'intérêt firent manquer le mariage. Un autre établissement se présenta trois ans après; tout fut encore rompu à la signature du contrat.

Cependant, à mesure que Marie avançait en âge (elle avait alors dix-neuf ans), ses grâces disparaissaient; les robes de femme ne lui allaient plus; sa démarche avait quelque chose d'étrange; de jour en jour ses goûts changeaient; ils devenaient de plus en plus masculins. L'intérieur du ménage, les soins de basse-cour l'intéressaient moins qu'auparavant; elle aimait mieux semer, herser, que de traire les vaches, que de faire couver les poules; un peu plus de hardiesse, elle aurait volontiers mené la charrue.

Les dispositions viriles, les propos du chirurgien, qui publiait que Marie était blessée de manière à ne pouvoir jamais se marier, n'empêchèrent pas qu'un troisième amant n'aspirât à sa main. Le mariage était également désiré par les deux familles ; toutefois les parents de Marie réfléchirent et se rappelèrent qu'elle n'était pas faite comme une autre ; ils savaient qu'elle n'était pas réglée, et pour n'avoir pas de reproches à se faire dans la suite, pour ne pas abuser le fils d'un vieil ami, ils se décidèrent à faire examiner leur fille. Je fus chargé de ce soin.

Pourrai-je peindre la surprise des personnes intéressées et présentes à cette visite, quand j'annonçai à Marie qu'elle ne pouvait se marier comme femme, puisqu'il était homme? Le tableau flatterait peut-être une sorte de curieux; mais ce n'est pas devant la société de la Faculté de médecine de Paris que j'oserais me complaire à le détailler.

Marie versa des larmes en abondance ; probablement elle avait quelques raisons de ne pas douter de mon assertion. La plus répétée de ses exclamations était : *Je ne pourrai donc jamais m'établir!* Il fallut plusieurs mois pour accoutumer Marie à l'idée qu'elle n'était pas femme. Enfin, prenant un jour une bonne résolution, elle voulut se faire solennellement proclamer homme. A cet effet, elle présenta la requête suivante à MM. les président et juges du tribunal de première instance de Dreux. Suit la requête, etc.

En conformité d'un jugement, le 9 du même mois, les docteurs procèdent à la visite requise ; le résultat de leur opération est consigné dans un procès-verbal dont voici les expressions : *Examen fait, nous avons reconnu que le scrotum était divisé dans toute son étendue ; dans chacune de ses divisions, un corps que nous reconnaissons être un véritable testicule, dont le droit est plus volumineux et plus descendu que le gauche, et entre ces deux corps, une prolongation charnue ayant une fente à son extrémité, et imperforée; recouverte par un prolongement de la peau qui n'est autre chose que le prépuce ; la verge, très peu développée, et au-dessous à un pouce et demi environ en avant de la marge de l'anus, une ouverture qui est la véritable ouverture de l'urètre ; quant au reste du corps, nous n'avons rien vu d'extraordinaire, si ce n'est un développement plus considérable des mamelles, que nous attribuons à la forme des vêtements qu'elle a portés jusqu'à ce moment.*

Nous estimons que le véritable sexe de Marie-Marguerite N... est le masculin.

Le procureur du roi trouva le rapport incomplet en ce que les experts s'étaient bornés à l'examen des parties sexuelles, et qu'ils n'étaient entrés dans aucun détail sur l'habitude du corps ; que par exemple ils ne s'étaient expliqués ni sur la voix ni sur la barbe, etc. Cependant le ministère public n'empêcha pas l'adoption des conclusions ; il déclara Marie-Marguerite N... appartenir au sexe masculin ; ordonna qu'il quitterait les habits de femme, et que son acte de naissance serait et demeurerait rectifié.

Marie-Marguerite N... est sur le point d'accomplir sa vingt-troisième année ; il a les cheveux et les sourcils châtain clair ; une barbe blonde commence à cotonner sur la lèvre supérieure et à son menton ; le timbre de sa voix est mâle ; sa taille est de quatre pieds onze pouces ; sa peau est très blanche et sa constitution robuste ; ses membres sont arrondis, mais bien musclés ; la conformation du bassin ne présente aucune différence de celui d'un homme ; les genoux ne sont pas inclinés

l'un vers l'autre ; ses mains sont larges et fortes ; les pieds ont des proportions analogues.

Jusqu'ici Marie n'est qu'un homme ordinaire ; cependant, si l'on considère ses seins, on les prendrait, à leur volume, pour ceux d'une jeune fille ; mais ils sont piriformes, leur mamelon est peu saillant. Est-il érectile? J'ai cherché à le savoir ; je n'ai pu me faire comprendre. Il ne m'a pas semblé que ces seins présentassent au toucher cette structure glanduleuse, caractère spécial de l'organe de la sécrétion du lait. Le pubis est couvert d'une assez grande quantité de poils, d'une couleur moins foncée que celle des cheveux. Ces poils sont rares dans les environs de cette région.

Si l'on écarte les cuisses l'une de l'autre, on remarque une fente longitudinale ; les replis de la peau qui la forment sont exactement rapprochés ; on ne voit au dehors de cette fente rien qui annonce les parties génitales du mâle. Qu'avec la main on explore ces parties, d'abord on sent deux corps suspendus, chacun à un cordon sortant de l'abdomen par l'anneau sus-pubien ; celui qui est à droite est plus volumineux ; il descend plus bas que celui qu'on trouve à gauche. On ne peut douter que ces corps ne soient de véritables testicules tenant aux cordons spermatiques, quand on a eu plusieurs fois l'occasion de palper ces organes chez différents sujets, tant dans l'état sain que dans l'état malade. En écartant ce qui forme les lèvres de cette espèce de vulve, on observe supérieurement un gland imperforé. Ce gland est petit, et pour sa forme, il peut être comparé à l'extrémité du doigt annulaire d'une main de moyenne grosseur. Au-dessous de ce corps charnu commence un demi-canal, qui vient aboutir à une ouverture située à un pouce et demi en avant de la marge de l'anus. Cette ouverture est taillée de derrière en devant comme une plume à écrire, comme un cure-dent ; c'est l'orifice externe du canal de l'urètre.

De ce que je viens d'exposer, il suit : que dans le sujet qui fait la matière de cette dissertation, le scrotum est séparé en deux loges ; que chacune contient un testicule ; que ces témoins irrécusables de la virilité sont les tumeurs que le chirurgien de Bu a prises pour des hernies inguinales ; que la verge est imparfaite ; qu'enfin ce sujet est affligé d'un hypospadias très compliqué.

Le docteur Schweikard a publié dans le *Journal de Hufeland* (tome XVII, n° 18, Berlin, 1803), l'histoire d'un individu qui, jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans, a passé pour hermaphrodite. Il fut baptisé comme fille, et regardé comme tel jusqu'à l'époque où il demanda la permission d'épouser une personne devenue enceinte de ses œuvres. Pour faire valoir ses droits, il se soumit à une visite, où l'on reconnut les particularités suivantes : La verge était située un peu plus bas qu'elle ne l'est ordinairement. Elle n'avait pas tout à fait deux pouces de long, et était un peu moins grosse que d'habitude. Le gland, imperforé, offrait une légère courbure vers le bas. La face inférieure des corps caverneux était dépourvue d'urètre ; mais elle présentait une cannelure à sa partie moyenne. Derrière et sous les corps caverneux, entre leur racine et la face antérieure et supérieure des testicules, se remarquait une ouverture ovale saillante, se dirigeant horizontalement. C'était l'orifice urétral, et par lequel l'urine, en sortant suivait la direction horizontale de la verge, de manière à jaillir en arc de la face antérieure du gland. Le scrotum, situé au-dessous de cette ouverture, ne contenait de testicule que du côté droit, celui du côté gauche étant probablement resté dans la cavité abdominale. Au reste, la constitution physique de

l'individu était virile. Suivant les déclarations de cet homme, l'amour des femmes et l'excrétion spermatique s'étaient manifestés chez lui à l'époque de la puberté. Il avait exercé plusieurs fois et avec facilité le coït. On lui permit de se marier. et il eut, outre une fille procréée avant le mariage, deux autres filles bien conformées.

Le docteur Wagler (*Annal s de méd. politiq e de Koop,* v. CXXIX) a rapporté un cas assez remarquable d'hermaphrodisme apparent formé, chez un individu du sexe masculin, par un vice de conform tion du gland. Celui-ci était fendu d'une manière assez bizarre, pour simuler, pour ainsi dire en petit, l'appareil sexuel externe de la femme.

Les circonstances qui donnent au sexe féminin les apparences du sexe masculin, sont les suivantes : le clitoris est très développé, il peut avoir plusieurs pouces de longueur; il n'existe pas de grandes lèvres et de petites lèvres, ni la fente ordinaire formée par ces parties. Le clitoris est garni d'un prépuce plus ou moins lâche, et terminé par un renflement qui figure un gland. Mais il existe une ouverture à la base du clitoris qui conduit à un canal constituant le vagin, et par laquelle s'échappent l'urine et le fluide menstruel. Du reste, il y a absence de testicules, et souvent une conformation générale qui se rapporte à une femme. Le cas suivant peindra beaucoup mieux les faits que tout ce que nous pourrions dire à ce sujet; il a été décrit et rapporté par Béclard.

Obs. LXXI. — « Marie-Madeleine Lefort est âgée de seize ans; sa taille est de 1 mètre 50 centimètres. Le milieu de cette hauteur tombe au-dessus de l'éminence pubienne. Le tronc, mesuré du sommet de la tête au périnée, a 86 centimètres de hauteur. Les membres inférieurs, mesurés par le côté interne, se trouvaient réduits à 64 centimètres. Le bassin est court, large de 27 centimètres, de l'un des tubercules extérieurs de l'iléum à l'autre; il a 20 centimètres d'avant en arrière, mesuré à l'extérieur avec un compas recourbé. Mesuré en travers entre la crête de l'iléum et le trochanter, il a 30 centimètres. L'arcade des pubis a 7 centimètres d'écartement à la partie inférieure. Le col est grêle; le larynx et la voix sont comme ceux d'un homme adolescent. Les mamelles sont développées, d'un volume moyen, surmontées d'un mamelon érectile, dont l'aréole, d'une couleur brune, est garnie de quelques poils. La lèvre supérieure, le menton et la région parotidienne, sont couverts de barbe brune naissante. Les membres inférieurs sont couverts de poils longs, nombreux, bruns et rudes. Les cuisses sont arrondies, les genoux inclinés en dedans, les pieds petits. La peau de la partie supérieure, antérieure, externe des cuisses, présente des éraillements du derme semblables à ceux que présente la peau de l'abdomen et des mamelles des femmes qui ont eu des enfants. L'anus est bordé de poils abondants.

Les organes génitaux, examinés à l'extérieur, présentent :

1° Une éminence sus pubienne, arrondie, couverte de poils nombreux. La symphyse des pubis qui la supporte est allongée, comme dans l'homme.

2° Au-dessous, un corps conoïde long de 27 centimètres, dans l'état de flaccidité, susceptible de s'allonger un peu dans l'état d'érection. Ce corps est surmonté d'un gland imperforé, recouvert dans les trois quarts de sa circonférence d'un prépuce mobile ; il est inférieurement creusé d'un canal déprimé, et ne présentant point le relief de la partie pénienne de l'urètre viril ; ce canal est percé inférieurement de cinq petits trous placés régulièrement sur la ligne médiane, et pouvant admettre un stylet de Méjan.

3° Au-dessous et en derrière de ce corps, est une fente ou vulve bordée de deux lèvres étroites et courtes, garnies de poils à l'extérieur, étendues depuis le clitoris péniforme jusqu'à neuf à dix lignes au-devant de l'anus. Ces lèvres minces ne contiennent rien dans leur épaisseur qui ressemble aux testicules.

4° Dans l'intervalle des lèvres est une fente très superficielle sous laquelle la pression fait sentir vaguement un vide au-devant de l'anus. A la partie antérieure de l'intervalle des lèvres, ou à la racine du clitoris, est une ouverture arrondie qui reçoit facilement une sonde d'un calibre moyen.

5° Les anneaux sus-pubiens sont très étroits ; rien, dans cet orifice ni dans le trajet du canal qu'il termine, ne fait soupçonner l'existence des testicules engagés ou près de s'engager dans le canal inguinal.

Suivant sa déclaration, Marie Lefort est réglée depuis l'âge de huit ans ; l'émission de l'urine a lieu par l'ouverture principale placée à la racine du clitoris, et par les trous dont l'urètre est criblé dans sa portion clitoridienne. Mais il lui est impossible d'uriner devant un témoin. Une sonde introduite à travers l'ouverture n'amène point d'urine, n'en prend pas l'odeur, et ne détermine pas l'envie d'uriner ; elle se dirige en arrière.

Dans un second examen, Béclard vit cette fille alors qu'elle avait ses règles. Son teint était pâle ; les linges dont elle était enveloppée étaient abondamment imprégnés de sang. Ce liquide sortait à demi coagulé par l'ouverture principale ; il sortait surtout beaucoup quand elle toussait, ou quand on pressait au-devant de l'anus. Les trous de l'urètre étaient rougis et humectés par le sang, mais il était difficile de juger s'il sortait en partie par ces orifices. La sonde introduite fut retirée remplie de sang.

Quelques jours après, de nouvelles observations furent faites ; en voici le résultat : la sonde introduite par l'ouverture principale, avec tous les soins convenables, ne peut être portée dans la vessie ; on la dirige facilement du côté de l'anus, parallèlement au périnée ; dirigée de cette manière, on peut soulever ou tendre le fond de la vulve, et reconnaître que la membrane qui en réunit les deux lèvres est épaisse à peu près deux fois comme la peau, et dense comme elle. Après avoir porté la sonde un peu en arrière, on la dirige facilement en haut, à la profondeur de huit à dix centimètres ; là, on rencontre un obstacle sensible à son contact. Dans ces explorations plusieurs fois répétées, la sonde n'amène point d'urine ; elle ne paraît pas être dans l'urètre, mais bien plutôt dans le rectum ; on sent la sonde à travers une cloison tout-à-fait semblable à la cloison recto-vaginale. A l'endroit où la sonde s'arrête, on reconnaît avec le doigt, à travers les parois du rectum, un corps qui *paraît être* le col de l'utérus.

Les tentatives pour sonder l'urètre sont vaines ; un stylet assez fin pour y pénétrer, occasionne beaucoup de douleur.

Marie Lefort, persuadée, il est vrai, qu'elle est femme, éprouve du

penchant pour le sexe masculin, et ne paraît pas éloignée de l'idée de se soumettre à une légère opération nécessaire pour ouvrir le vagin. Il paraît, en effet, que ce canal existe, et qu'il suffirait, pour le rendre accessible, de pratiquer une incision entre les lèvres de la vulve, depuis l'ouverture placée à la base du clitoris jusqu'à la commissure postérieure. L'urètre se prolonge sous le clitoris ; disposition qui le rapproche du pénis et qui est fort rare. Il paraît que parmi les ouvertures dont l'urètre est criblé, il y en a une ou plusieurs situées plus profondément que la vulve, et que par cette disposition une partie de l'urine est versée à l'entrée du vagin, et sort ensuite par l'ouverture de la membrane qui le ferme. Il paraît aussi que le sang menstruel vient par le vagin ; peut-être à son passage sous le clitoris, une partie de ce liquide entre-t-elle dans l'urètre par des ouvertures postérieures et cachées du canal, pour ressortir par ses ouvertures apparentes.

Il paraît, enfin, que la personne soumise à l'examen de la Société est une femme ; on découvre en effet chez elle plusieurs des organes essentiels du sexe féminin (un utérus, un vagin), tandis qu'elle n'a du sexe masculin que des caractères secondaires, comme : la proportion du tronc et des membres, celle des épaules et du bassin, la conformation et les dimensions de cette cavité, le volume du larynx, le ton de la voix, le développement des poils, l'urètre prolongé au-delà de la symphyse des pubis, etc. » (*Voyez le deuxième Bulletin de la Société de la Faculté de médecine de Paris*, année 1815, dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, n° de mars 1815.

Dans quelques cas d'hermaphrodisme féminin, c'est l'utérus et le vagin mal conformés qui simulent le sexe masculin ; l'utérus fait hernie et ressemble au pénis : ce n'est qu'un véritable prolapsus utérin.

Evérard Home (mém. cité) eut occasion d'examiner une Française affectée, dès son enfance, d'une descente de matrice, qui augmenta avec l'âge. Cette femme avait vingt-cinq ans lorsque Home la vit. Le col de l'utérus, très étroit, avait à la sortie de l'orifice vaginal externe plusieurs pouces de long ; la surface de ce col avait, par son contact prolongé avec l'air atmosphérique, perdu sa couleur naturelle et contracté celle des téguments du pénis. La personne qui fait le sujet de cette observation fut regardée, à Londres, comme un phénomène extraordinaire, et gagna beaucoup d'argent en se faisant voir. Les auteurs citent un grand nombre d'exemples semblables. (*Voyez* Pfizer, *De natur. mulier.*, t. 1, p. 225.)

Enfin, il est des cas dans lesquels il a été impossible de déterminer le sexe d'une manière certaine, tels sont les suivants :

Hermaphrodismes neutres.

Il y a environ douze ans qu'un hermaphrodite de ce genre, et des plus remarquables, a voyagé en Allemagne, d'abord sous le nom de Marie-Dorothée Derrier, puis sous celui de Charles Dorge. Il était tellement difficile de déterminer son véritable sexe, que les médecins les plus distingués émirent sur ce point des opinions contraires. Hufeland et Mursinna la déclarèrent fille ; Starke et Martens, au contraire, la cru-

rent garçon ; Metzger et Weissenbach la regardèrent comme n'appartenant réellement ni à l'un ni à l'autre sexe. M. Wildberg, dans son *Magasin pour la médecine légale* (1834), fait un appel à tous les médecins pour les inviter à saisir l'occasion, si elle se présente, de constater un jour, après la mort de cette personne, par l'ouverture cadavérique, la véritable conformation de ses organes génitaux, et surtout des parties internes.

Obs. LXXII. — Le cas d'hermaphrodisme que Maret a fait connaître à l'Académie de Dijon et que ce corps savant a publié dans le second volume de ses Mémoires, est surtout remarquable par l'exactitude de la description anatomique ; c'est un des plus concluants que l'on puisse produire. L'individu qui en fait le sujet se nommait Hubert-Jean-Pierre ; il était natif de Bourbonne-les-Bains, et âgé de dix-sept ans. Il mourut à l'hôpital le 25 octobre 1767.

« Les traits du visage, quoique flétris par la mort, étaient plus délicats que ne le sont ordinairement ceux d'un homme ; la peau en paraissait fine, et l'on n'apercevait ni sous le nez, ni au menton, ce coton léger qui dès l'âge de seize ans est le précurseur de la barbe, et décèle le sexe : l'on ne voyait pas, dans la partie antérieure du cou, cette saillie que le larynx a coutume de faire dans les hommes ; il était rond, et s'unissait, par une pente insensible, à une poitrine très élevée et très large, ornée, dans sa partie antérieure, de deux mamelles de moyenne grosseur, bien arrondies, fermes, et placées très avantageusement ; chacune d'elles avait une aréole fort large, d'un rouge pâle, de laquelle s'élevait un petit mamelon un peu rouge et dur.

Le bras n'offrait aucun détail qui pût faire croire qu'il appartînt à un individu femelle ; mais l'avant-bras avait la rondeur, la délicatesse des contours qu'on observe dans les femelles bien faites. La main détruisait les idées que l'avant-bras, vu seul, aurait pu donner ; elle était large, et les doigts courts et gros.

Le buste de H.-J. Pierre annonçait donc une femme : et l'on sent, par cette description, qu'il aurait été difficile de ne pas s'y méprendre en ne considérant que ce qui vient d'être décrit. Cet individu avait cependant été pris pour homme ; mais, en continuant la description des parties extérieures de son corps, on reconnaîtra pourquoi il fut baptisé comme garçon, pourquoi on lui en donna l'habillement, et pourquoi on lui en fit prendre les occupations.

La jeunesse et l'embonpoint s'opposent ordinairement à ce que les muscles du corps soient fortement prononcés, et, jusqu'à une certaine époque, le ventre et les reins d'un jeune homme ne diffèrent point de ce qu'ils sont dans une fille ; mais la hauteur des hanches et la saillie des fesses, produites par l'évasement du bassin dans les personnes du sexe bien faites, suffisent pour les faire reconnaître, indépendamment des parties sexuelles. C'est ce qu'on ne remarquait pas dans J. Pierre, qui, depuis la ceinture, commençait à différer d'une fille. La forme presque carrée des cuisses et des jambes, la petitesse des genoux, le rendaient encore plus ressemblant à un individu du sexe masculin. Jusque là on aurait pu dire qu'il était femme de la ceinture en haut, et homme pour tout le reste du corps. Les parties sexuelles auraient même, à la première apparence, favorisé cette conjecture ; mais l'examen faisait naître d'autres idées, et jetait de l'incertitude. En effet, un corps rond, oblong, ayant quatre pouces de longueur, sur une grosseur proportionnée, était attaché à l'endroit qui répond à la symphyse des os du pubis, et par sa forme avait toute l'apparence d'une verge. Ce corps

oblong était, de même que cette partie caractéristique du mâle, terminé par un gland que recouvrait un prépuce ; on remarquait à son extrémité la fossette où s'ouvre ordinairement l'urètre, et le frein s'attachait au bas de cette fossette comme dans les verges ordinaires. Quand on relevait ce corps, on observait qu'il recouvrait une grande fente formée par deux replis de la peau, qui représentaient assez bien les grandes lèvres de la vulve, et qu'il était placé dans la commissure supérieure de ces lèvres, comme l'est ordinairement le clitoris chez les femmes.

Chacun de ces replis de la peau était un peu renflé, mais point ferme ; on remarquait, surtout sur celui du côte gauche, des rides profondes et une direction oblique. En touchant ces espèces de lèvres, on sentait dans la gauche un corps ovoïde mollet, et fort ressemblant à un testicule ; mais la droite paraissait une poche vide. Cependant, en pressant sur le ventre, on y poussait une espèce de corps aussi ovoïde, qui y descendait facilement en passant par l'anneau, et qu'on repoussait aussi très aisément.

Lorsqu'on tenait relevée la verge qui a été décrite, et qu'on écartait les lèvres placées au-dessous, on voyait naître de la racine du frein du gland deux petites crêtes spongieuses, rouges et saillantes, d'une ligne environ, qui augmentaient de volume à mesure qu'ils s'éloignaient de leur origine, et imitaient parfaitement les nymphes par leur écartement.

Entre ces nymphes, et à leur partie supérieure, s'ouvrait l'urètre comme dans les femmes ; au-dessous de ce méat urinaire était une ouverture très étroite, dont le diamètre était d'environ deux lignes ; elle était refrénée à ce point par une membrane semi-lunaire, qui prenait naissance dans la partie inférieure, et ressemblait à l'espèce de membrane à laquelle on a donné le nom d'*hymen*. Une petite excroissance, placée latéralement et supérieurement, et qui avait la figure d'une caroncule myrtiforme, contribuait encore à donner à cette ouverture l'apparence de l'ouverture d'un vagin.

On doit sentir, par cette description, la difficulté de prononcer sur le sexe dominant de cet individu monstrueux. La longueur et le volume de la verge pourraient, au premier coup d'œil, en imposer assez pour que l'on crût pouvoir assurer que le sexe masculin dominait ; le corps ovoïde trouvé dans la lèvre gauche, un autre corps que l'on poussait dans la droite en pressant sur le ventre, donnaient l'idée de deux testicules, et semblaient autoriser cette conséquence ; mais l'aspect des nymphes, du méat urinaire, de l'orifice du vagin, de l'hymen et de la caroncule myrtiforme, la détruisait. On peut conclure que cet individu appartenait également à l'un et l'autre sexe, et que la nature était enfin parvenue à réunir les deux dans le même sujet. La dissection vint à l'appui de cette présomption, puisqu'elle a démontré que si J. Pierre était femme de la ceinture en haut, homme de la ceinture en bas, il était, dans le point central, femme à droite et homme à gauche, sans être précisément ni l'un ni l'autre.

Le corps oblong que l'on avait regardé comme une verge fut le premier objet des recherches anatomiques. On reconnut, en effet, qu'il était composé de deux corps caverneux, qui prenaient leur naissance des branches de l'ischion, s'adossaient en se réunissant, et se terminaient au gland, qui, ainsi qu'on l'observe toujours dans le membre viril, était formé par le corps spongieux qui, dans l'état naturel, aurait contribué à former l'urètre. La structure de cette partie confirma l'idée que l'on en avait prise, et prouva qu'elle était réellement une verge, mais imperforée, dans laquelle l'urètre était remplacé par une espèce

de ligament qui s'étendait jusqu'au méat urinaire décrit ci-dessus. Les crêtes, que l'on avait regardées comme des nymphes, parurent dès lors pouvoir être les débris d'un urètre ouvert dans toute sa longueur.

Une incision faite sur la lèvre gauche, y fit découvrir un véritable testicule, auquel s'étendait le cordon des vaisseaux spermatiques, et d'où partait un canal déférent qui, passant par l'anneau, allait gagner une vésicule séminale dont nous parlerons bientôt.

La dissection de l'autre lèvre ne fit apercevoir qu'un corps membraneux, dans lequel on sentit un liquide, et où, comme on l'a dit plus haut, se précipitait un corps ovoïde, lorsque, avec la main, on pressait le ventre dans la région iliaque droite. On borna d'abord là les recherches, pour en venir à la dissection des parties externes, se réservant de les pousser plus loin quand on s'occuperait des parties internes.

Le vagin apparent fixa ensuite l'attention; une incision, faite à la membrane semi-lunaire, permit de reconnaître que c'était un canal borgne, une espèce de sac, ayant plus d'un pouce de profondeur sur un demi-pouce de diamètre, et placé entre le rectum et la vessie, situation bien conforme à celle où est ordinairement le vagin. Ce sac était membraneux et sa surface était lisse, tandis qu'on observe toujours des rides plus ou moins sensibles dans le vagin ; mais ce qui détruirait encore davantage les inductions qu'on aurait pu tirer de la situation de ce canal et de ses apparences extérieures, c'est qu'à la partie inférieure on remarquait le vérumontanum et les orifices séminaires, d'où, par la pression, on faisait sortir une liqueur gluante et blanchâtre, absolument semblable à une véritable semence.

Cette découverte porta à détacher ce prétendu vagin, et à emporter avec lui la vessie et les testicules. Guidé alors par le canal déférent, on fut conduit à de véritables vésicules séminales, placées à l'endroit ordinaire, et l'on se convainquit que l'excroissance qui avait été observée dans le canal borgne décrit plus haut, était véritablement le vérumontanum.

La vésicule séminale gauche, à laquelle aboutissait le canal déférent, était pleine d'une semence qu'on fit sortir aisément par le conduit qui s'ouvrait par le vérumontanum ; la droite paraissait un peu flétrie et communiquait avec la gauche ; on voyait aussi partir de cette vésicule un canal déférent qui se perdait dans les graisses ; on ne put le conduire à aucune partie qui eût quelque apparence glanduleuse ; il s'amincissait à mesure qu'il s'éloignait de cette vésicule. On commença alors à douter du corps ovoïde qui se glissait dans la lèvre droite, et qu'on avait pris jusque là pour un testicule ; mais on était bien éloigné de soupçonner ce qu'il était.

Ce corps, dont la situation naturelle était dans la fosse iliaque droite, parut, dès que les téguments eurent été ouverts, une tumeur oblongue placée dans le tissu cellulaire qui couvre la partie large du muscle iliaque; la dissection de ce tissu démontra bientôt que ce corps était renfermé dans une poche qui lui était particulière, et dont un prolongement s'étendait dans la lèvre droite ; prolongement que l'on avait déjà reconnu par l'ouverture de cette lèvre. On ouvrit cette poche, qui contenait environ une verrée d'un liquide assez limpide, de couleur lie de vin rouge ; après l'avoir épuisée, on aperçut un corps très ferme, ayant la figure et la couleur d'un marron un peu arrondi ; son grand diamètre était d'environ un pouce et demi, et son petit d'un pouce ; il était placé de façon que, dans le temps que cet hermaphrodite était debout, la direction du petit diamètre de ce corps approchait de la perpendicu-

laire à l'horizon, et le grand diamètre y était parallèle; sa figure, sa couleur, sa consistance, étonnaient les observateurs, quand des recherches ultérieures augmentèrent leur surprise. Ils trouvèrent que de la partie supérieure, du côté droit, partait une véritable trompe de Fallope, qui, se contournant à deux ou trois lignes de son origine, passait par dessous ce corps, et allait embrasser, par son pavillon et son morceau frangé, un ovaire qui était placé à droite et uni au même corps par une espèce de ligament; cet ovaire avait la consistance, la couleur, la figure et le volume d'un ovaire ordinaire. Mais la nécessité où l'on avait été d'emporter le bassin du sujet pour disséquer plus à l'aise, et l'impossibilité où l'on fut de procéder aussi promptement qu'on aurait voulu à la dissection de ces parties, mirent hors d'état de vérifier si les vaisseaux spermatiques, du côté droit, aboutissaient à cet ovaire; on en vit cependant assez pour ne pas douter que ce corps ne fût réellement un ovaire.

L'ouverture du petit corps rond et aplati dont cet ovaire et la trompe étaient des appendices, prouva qu'il était réellement une matrice; on observa dans son centre une cavité de quatre à cinq lignes de longueur sur deux à trois de largeur; en soufflant dans cette cavité, l'air passa dans la trompe; cette manœuvre ne découvrit aucune autre ouverture. Ce corps était donc une matrice, mais une matrice imparfaite, qui n'avait aucune communication avec les parties extérieures. »

CHAPITRE XIII.

DE LA GROSSESSE.

Législation.

Code civil, art. 144. — L'homme, avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage.

Idem, art. 145. — Néanmoins, il est loisible au roi d'accorder des dispenses d'âge pour *des motifs graves.*

Idem, art. 725. — Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder, 1° celui *qui n'est pas encore conçu;* 2° l'enfant qui n'est pas né viable; 3° celui qui est mort civilement.

Idem, art. 906. — Pour être capable de recevoir entre vifs, il suffit *d'être conçu au moment de la donation.* Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être *conçu à l'époque du décès* du testateur. Néanmoins la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né viable.

Idem, art. 185. — Le mariage contracté par des époux qui n'avaient point encore l'âge requis, ou dont l'un d'eux n'avait point atteint cet âge, ne peut plus être attaqué, 1° lorsqu'il s'est écoulé six mois depuis que cet époux, ou les époux, ont atteint l'âge compétent; 2° lorsque la femme, qui n'avait pas cet âge, *a conçu avant l'échéance de six mois.*

La loi n'accorde que des aliments aux enfants adultérins et incestueux. — C'est ce qui résulte de l'art. 772 du Code civil.

Code pénal, art. 357. — Dans le cas où le ravisseur aurait épousé la fille qu'il a enlevée, il ne pourra être poursuivi que sur la plainte des personnes qui, d'après le Code civil, ont le droit de demander la nullité du mariage, ni *condamné qu'après que la nullité du mariage aura été prononcée.*

Code civil, art. 340. — La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque *l'époque de cet enlèvement* se rapportera *à celle* de *la conception*, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant.

Code civil, art. 272. — L'action en divorce sera éteinte par la réconciliation des époux, survenue, soit *depuis les faits* qui auraient pu autoriser cette action, soit *depuis la demande* en divorce. (La loi du 8 mai 1816 a aboli le divorce; mais aux termes de l'art. 306 du Code civil, les causes qui peuvent motiver une demande en divorce sont de nature à fonder une demande en séparation de corps.)

Code civil, art. 274. — Si le demandeur en divorce nie qu'il y ait eu réconciliation, le demandeur *en fera preuve*, soit par écrit, soit par témoins, dans la forme prescrite en la 1re section du présent chapitre.

Code civil, art. 229. — Le mari pourra demander le divorce pour cause *d'adultère* de sa femme.

Code pénal, art. 27. — Si une femme condamnée à mort se déclare, et s'il est vérifié *qu'elle est enceinte*, elle ne subira la peine qu'après la délivrance.

Dans le cas des art. 144, 145, 725, 906, 185, 762, 340, 272, 274, du Code civil; 27 et 357 du Code pénal, la femme a intérêt à simuler la grossesse, et, au contraire, à la dissimuler dans le cas des art. 229, 272 et 274 du Code civil; ces deux derniers articles peuvent conduire aux deux suppositions opposées, suivant que c'est le mari ou la femme qui s'est constitué demandeur. Le médecin peut donc être appelé dans tous ces cas à déterminer s'il y a grossesse. D'après l'article 340 du Code civil, il est de plus invité à préciser l'époque précise de la conception, afin que les magistrats puissent décider, si elle coïncide avec l'époque de l'enlèvement.

Dans le cas d'avortement ou d'infanticide, l'accusée peut prétexter l'ignorance de sa grossesse.

Pour quelque crime que ce soit, commis par une femme grosse, le médecin peut être appelé à déterminer si l'état de gestation amène dans les facultés intellectuelles un trouble tel, que la femme ne puisse pas résister à ses penchants.

Enfin, dans certains cas, on peut poser cette question : une fille ou femme non réglée peut-elle concevoir?

Nous établirons donc et nous fournirons successivement les moyens de résoudre les questions suivantes :

1° Une femme est-elle enceinte?

2° En supposant qu'elle soit enceinte, de quelle époque date la grossesse?

3° Prouver qu'une femme n'est pas enceinte?

4° Une femme peut-elle concevoir à son insu?

5° Une femme peut-elle concevoir, et offrir cependant tous les caractères de la virginité?

6° Une fille ou femme non réglée peut-elle concevoir?

7° Jusqu'à quel âge une femme peut-elle concevoir?

8° Une femme peut-elle ignorer sa grossesse?

9° La grossesse peut-elle apporter dans les facultés intellectuelles un trouble tel, que la femme ne puisse résister à ses penchants?

Le médecin peut être appelé à reconnaître une grossesse, soit pendant la vie, soit après la mort. Ainsi, dans les cas d'homicide, la grossesse de la femme a souvent été la cause déterminante de l'accomplissement du crime, le meurtrier ayant voulu se défaire à la fois, et de la mère et de l'enfant. Nous envisagerons le diagnostic de la grossesse dans la supposition de vie de la femme enceinte, et dans la supposition de la mort.

Grossesse pendant la vie.

Déterminer si une femme est enceinte. — Dans les cas ordinaires où les médecins et les accoucheurs sont consultés par des femmes qui se croient enceintes, on a l'avantage de réunir aux signes tirés de l'inspection, tous ceux qui peuvent être déduits des sensations éprouvées par la femme enceinte. Les femmes n'ont alors aucun intérêt à cacher leur grossesse; elles reproduisent avec fidélité toutes leurs sensations, et les médecins expérimentés se trompent rarement dans la décision qu'ils portent sur leur état. En médecine légale, *au contraire*, on ne doit presque jamais s'attendre à des aveux sincères, parce que les circonstances qui font recourir aux lumières des médecins sont, pour l'ordinaire, un sujet de contestation, dans lequel l'intérêt des femmes se trouve compromis (Mahon).

Les articles de loi que nous venons de citer appuient la justesse de cette observation; ainsi l'expert, en examinant une femme, ne doit s'en rapporter qu'à ses propres lumières, puisque celle-ci a, dans presque tous les cas, intérêt à faire constater sa grossesse, ou à la dissimuler.

Partant donc de ce principe, nous dirons qu'il n'existe que trois signes certains de grossesse.

1° Les mouvements actifs du fœtus *perçus par l'expert.*

2° Les mouvements passifs du fœtus ou de ballottement.

3° Les battements du cœur de l'enfant, perçus au moyen de l'auscultation médiate ou immédiate.

Donnons quelques développements à ces caractères; recherchons l'époque de la grossesse à laquelle on peut les constater; voyons s'ils sont constants; et déterminons enfin s'ils peuvent appartenir à un autre état normal, anormal, ou pathologique.

Mouvements actifs du fœtus. — Tout le monde sait qu'ils consistent dans une impulsion communiquée aux parois de l'utérus par les diverses parties de l'enfant, lorsqu'il exécute des mouvements dans la cavité de cet organe. C'est durant le quatrième mois, car pendant le troisième les muscles de l'enfant sont encore en partie à l'état gélatineux, que ces mouvements deviennent sensibles pour la mère, et ils ne sont même le plus souvent bien évidents pour elle qu'à quatre mois et demi. Ces mouvements consistent d'abord dans un fourmillement, dans la sensation d'un petit chatouillement sur un point quelconque de l'utérus. Puis il y a choc, percussion marquée, sensible à la main appliquée sur l'abdomen ; enfin, le choc imprimé à l'utérus devient assez fort pour opérer le déplacement des parois de cet organe, qui, à son tour, repousse les parois abdominales de manière à lui faire faire une saillie sensible à l'œil.

Comme l'expert ne peut pas s'en rapporter au dire de la mère, et qu'il faut qu'il perçoive ce signe par le toucher, il s'ensuit que les mouvements actifs du fœtus ne peuvent servir à caractériser la grossesse *qu'au terme de cinq mois,* époque à laquelle il sont *généralement* assez marqués pour être perçus par la main appliquée sur l'abdomen. Ils pourront être appréciables plus tôt ou plus tard. Plus tôt, si l'enfant est fort, bien constitué pour cette époque de la grossesse, ou s'il a le système nerveux très irritable et qu'il exécute un grand nombre de mouvements, ou encore si la femme est maigre ; plus tard, dans les circonstances opposées.

Ce caractère est presque constant dans le cours de la grossesse ; mais il y a des *cas très rares, il est vrai,* où il n'a jamais pu être perçu, ni par l'accoucheur, ni par la mère. M. Capuron cite un exemple de ce genre. Une femme fut visitée par les plus célèbres médecins et accoucheurs de notre époque. L'incertitude de la grossesse fut telle, qu'aucun d'eux ne la soupçonna. Trois semaines après, cette femme mit au monde un enfant énorme. Mauriceau, de La Motte et Baudelocque font mention de femmes chez lesquelles on sollicita vainement ces mouvements, et qui n'en sont pas moins accouchées d'enfants robustes et bien développés.

Aucun état anormal ou pathologique ne peut faire naître ce caractère; mais les mouvements péristaltiques des intestins et l'état convulsif de l'utérus out quelquefois été pris pour les mouvements actifs du fœtus, surtout lorsque les intestins contenaient beaucoup de gaz. Un célèbre accoucheur, M. D......, a fait une méprise de ce dernier genre au cinquième mois de la grossesse. A part ces deux circonstances, il n'en est aucune autre avec laquelle il puisse être confondu.

La mère peut commettre beaucoup d'erreurs à ce sujet, et ces erreurs ont été faites non seulement par des femmes primipares, mais encore par des femmes qui avaient déjà eu plusieurs enfants. Elles ont déclaré sentir très distinctement les mouvements de l'enfant jusqu'à une époque très avancée de leur grossesse présumée, et cependant elles n'étaient pas enceintes.

Mouvements de ballottement. — Ce sont ceux que l'expert peut percevoir en donnant un point d'appui à l'utérus par la main droite largement appliquée sur la partie supérieure de la matrice, tandis que l'extrémité d'un ou de deux doigts de l'autre main, constamment appliquée sur la partie inférieure de l'utérus dans le vagin, imprime à la matrice un choc de bas en haut, de manière à faire percevoir un choc à la main gauche, et à sentir retomber le fœtus sur le col utérin, sous l'influence de son propre poids. Pour l'apprécier d'une manière certaine, il faut toucher la femme debout. Ce mouvement, dit passif, se montre d'une manière évidente du *quatrième au sixième mois de la grossesse.* L'exemple rapporté par M. Capuron prouve que dans des circonstances très rares, il est vrai, il peut manquer.

Aucun état normal ou pathologique ne peut simuler ce caractère de la grossesse; car il faut, pour qu'il se montre, qu'il y ait à la fois coïncidence d'un liquide avec *un solide mobile* au milieu de ce liquide. La variété de môle composée des membranes et de l'eau de l'amnios, au centre de laquelle se trouveraient quelques portions de fœtus imparfaitement développées, constituerait l'état anormal le plus favorable à sa manifestation. Mais d'abord, dans ce cas, il est rare de voir ces espèces de môles ne pas être expulsées avant le cinquième mois de la grossesse, et ensuite, les portions du fœtus y sont tellement petites, qu'il est

difficile de présumer qu'elles puissent jamais faire naître la sensation du ballottement. L'expert doit, en explorant, se prémunir contre les effets produits par un mouvement de totalité de l'utérus ; ou contre ceux qui résulteraient de l'impulsion communiquée à cet organe par la contraction spasmodique des muscles abdominaux.

Battements du cœur de l'enfant. — Ce caractère, indiqué d'abord par MM. Fodéré et Mayor, et étudié ensuite par M. de Kergaradec, se perçoit mieux à l'aide du stéthoscope qu'avec l'oreille. On sait que M. de Kergaradec a reconnu à l'aide de cet instrument, appliqué sur divers points de l'abdomen, deux genres de bruit. L'un, qui consiste en un souffle saccadé et isochrone au pouls de la mère, est, suivant lui, le résultat du passage du sang des artères utérines dans les veines ombilicales, par l'intermédiaire des sinus placentaires et utérins ; et suivant les dernières recherches de M. Paul Dubois, ils dépendent uniquement de l'ampliation des artères utérines et de la grande activité circulatoire dont elles sont le siége. Cette dernière opinion nous paraît plus probable ; car il semble démontré aujourd'hui que les sinus placentaires sont tout-à-fait imaginaires. Toutefois on est loin de s'accorder sur la source et le siége de ce bruit ; il en est qui le placent dans l'aorte de la mère, et ils l'attribuent au rétrécissement que ce vaisseau subit par la compression que la matrice exerce sur lui ; ainsi pourraient être expliqués les cas dans lesquels ce bruit a été perçu après l'expulsion du fœtus et du placenta ; on sait d'ailleurs que le déplacement morbide des ovaires peut faire naître un pareil bruit, probablement par un phénomène analogue. Mais cependant comment alors expliquer la sensation qui se manifeste dans certains cas, sensation d'après laquelle il semblerait tirer sa source des parois utérines, tant il est superficiel. M. Monod l'a rapporté à la circulation placentaire. — L'autre bruit consiste en des battements doubles semblables à ceux que donne le cœur, mais beaucoup plus rapides que les battements du cœur de la mère (cent vingt à cent soixante battements par minute, le cœur de la mère n'en donnant que soixante à quatre-vingts) ; ils sont l'effet des contractions du cœur de l'enfant. Le premier bruit

indique donc l'existence d'un placenta; le second, l'existence d'un fœtus. Par conséquent, lorsque ces deux bruits sont perçus par l'expert, il ne peut pas y avoir de doute sur la grossesse.

Mais les battements du cœur de l'enfant sont encore plus certains que le souffle placentaire, parce qu'ils ne peuvent être confondus avec aucun autre phénomène. Ils sont d'autant plus sensibles, qu'un des points de la poitrine de l'enfant correspond à la paroi antérieure de la matrice. M. Lenormand a rapporté en 1824, dans le *Journal général de médecine*, l'histoire d'une femme âgée de trente-six ans, que les plus habiles médecins de Paris avaient crue, à tort, atteinte d'un squirrhe de l'ovaire droit, et chez laquelle il reconnut, à l'aide du stéthoscope, une grossesse de sept mois.

L'époque à laquelle on peut percevoir ces deux phénomènes est très variable; quelquefois même il est impossible de les constater dans une grossesse déjà très avancée (six mois par exemple), et lorsque, par conséquent, l'on a pu constater les deux signes que nous venons d'énoncer précédemment. Dans d'autres cas, au contraire, ils se manifestent de très bonne heure (trois mois), c'est-à-dire avant que l'on ait pu reconnaître les mouvements actifs ou passifs du fœtus. Il est facile de se rendre raison de ces variations. Si le placenta est inséré à la paroi postérieure de l'utérus, et que le bruit de souffle provienne de ce corps, il est possible que, pendant tout le cours de la grossesse, le bruit de souffle reste inappréciable. Si le fœtus est placé de manière à ce que le dos corresponde au même point de l'organe, les battements du cœur ne se montreront que fort tard. Des dispositions opposées placeront l'expert dans les conditions les plus favorables, et les situations intermédiaires amèneront des résultats variables. Toutefois, c'est ordinairement dans l'espace qui sépare l'ombilic de l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des iles du côté gauche, que l'on perçoit ces battements, parce que c'est là que se trouve le plus souvent adossée la région thorachique et dorsale de l'enfant, qui est la plus propre à propager bruits du cœur

Ces deux phénomènes ne sont donc pas constants.

L'un d'eux, le bruit placentaire, pourrait être confondu par un médecin peu attentif avec les battements de l'artère aorte développée d'une manière anormale. Mais on évitera toute erreur, en observant que ce n'est pas un battement isochrône au pouls de la mère qu'il faut entendre, mais bien un bruit de souffle saccadé, comme le pouls de la mère.

Tels sont les signes certains de la grossesse. Nous y avons insisté comme étant ceux qui peuvent conduire à des conclusions exactes, alors qu'ils sont constatés. Nous allons actuellement exposer des signes moins concluants, mais qui, groupés avec les précédents, viennent corroborer le diagnostic. Toutefois, on pourra remarquer d'après les détails qui précèdent que ce n'est qu'à trois mois, et en supposant qu'on soit placé dans les circonstances les plus favorables, qu'on peut reconnaître la grossesse ; que le plus souvent ce n'est qu'à quatre mois et demi que l'on peut arriver à ce résultat. Plusieurs des phénomènes que nous allons exposer, se développant plus tôt, établissent des *présomptions*, mais ils ne donnent jamais de certitude.

Signes équivoques. — Il en est d'abord qui se manifestent au commencement de la conception ; horripilations, tranchées hypogastriques légères, sentiments de chaleur dans cette région, sensations particulières à certaines femmes, qui leur font connaître leur grossesse. Dans les semaines suivantes : certaine mélancolie avec un peu de bouffissure à la face, couleur plombée aux paupières inférieures, inappétence, nausées, vomissements de matières aqueuses ou muqueuses, insipides, incolores, quelquefois goûts dépravés. Ces signes ont quelque importance, alors qu'un médecin est journellement consulté par une femme du monde pour savoir si elle est grosse ; mais en justice, où la femme a intérêt à simuler ou à dissimuler sa grossesse, elle les cache ou les annonce au besoin. Après quelques mois : céphalalgie, vertiges, somnolences, pesanteur générale, bouffées de chaleur à la figure, aspect trouble, jaunâtre des urines (jumenteuses), éphélides (taches) à la face, odeur acide de la transpiration.

Signes moins incertains. — *Suppression des règles.* Il est très fréquent de ne la voir survenir qu'au second ou au troisième

mois. Il est des femmes qui voient pendant toute leur grossesse ; il en est d'autres qui voient à deux ou trois reprises différentes dans le cours de la gestation, c'est alors assez abondamment, et l'écoulement de sang est l'effet d'une perte. Il est des femmes qui conçoivent avant d'être réglées.

Signes sensibles à l'expert. — Rembrunissement des mamelons. Ce caractère est commun à presque toutes les femmes, mais il ne peut être utile qu'au cas où la personne examinée est jeune et primipare, et lorsque les lèvres et les ouvertures naturelles présentent une couleur rosée, coïncidant avec la blancheur de la peau ; car chez les filles brunes, le mamelon est presque toujours d'une couleur foncée.

Gouflement des seins. — Cet état n'est, le plus souvent, appréciable que pour la femme elle-même. Les seins sont le centre d'un afflux de sang plus considérable que de coutume, qui leur donne une consistance plus grande, sans changement de couleur à la peau, mais parfois leurs vaisseaux veineux superficiels sont dessinés.

Sécrétion du lait. — Signe qui ne se montre en général que fort tard ; il consiste dans l'écoulement d'un liquide plus ou moins séreux ; il est commun à plusieurs états morbides dans lesquels la matrice est développée. Mais si par lui-même il a peu de valeur, lorsqu'il est pris d'une manière absolue, il doit, cependant, être pris en considération lorsqu'il coïncide avec d'autres signes.

Mucus épais sécrété par le col de l'utérus. — Ce caractère, indiqué par Chambon, n'a qu'une bien faible valeur ; il se constate en allant chercher ce mucus à l'aide d'un instrument en forme de cure-oreille introduit dans le vagin jusqu'au col de la matrice.

Changements éprouvés par l'utérus. — Aussitôt la fécondation, l'orifice de l'utérus se ferme (Hippocrate) ; les bords de cet orifice offrent une chaleur et une rénitence plus grandes (Levret). Les deux lèvres de cet orifice sont placées sur un même plan, tandis qu'auparavant la lèvre antérieure formait une saillie ; la fente de cet orifice, qui était triangulaire, devient circulaire (Stein).

Augmentation du volume de l'utérus. — Dans les deux premiers mois, il forme une tumeur qui remplit de plus en plus la petite cavité du bassin ; elle est appréciable au doigt ; le col n'a pas subi de changement. *A trois mois révolus*, l'utérus s'est développé dans l'excavation pelvienne et il a atteint le niveau du pubis, en sorte qu'il peut quelquefois être perçu par le toucher exercé sur l'abdomen chez les femmes maigres, et dont les parois abdominales sont très peu épaisses ; *à quatre mois révolus*, il dépasse le pubis de deux pouces environ ; *à cinq mois*, il approche du nombril ; *à six mois*, il est au niveau de l'ombilic ; *à sept mois*, il le dépasse ; *à huit mois*, il s'étend jusqu'à la région épigastrique, et le plus souvent il occupe la région mésogastrique ; dans le *neuvième mois*, il s'abaisse, se porte en avant, et s'enfonce dans la cavité pelvienne du bassin, parce qu'à cette époque la partie supérieure du vagin commence à se dilater.

A ces changements de volume, nous devons ajouter la dilatation du col utérin par sa partie supérieure, qui commence à la fin du sixième mois ; l'ouverture de l'utérus qui s'agrandit à la même époque, deux phénomènes qui vont en augmentant jusqu'à la fin de la grossesse, surtout le premier, car le col s'efface de plus en plus, au point que, dans le neuvième mois, il acquiert un état membraneux, et forme un tout continu avec la cavité de la matrice ; de sorte qu'il est assez facile de distinguer le fœtus au toucher.

Enfin, c'est au septième mois que la fluctuation provenant de l'existence de l'eau dans l'utérus est absolument et relativement parlant la plus grande possible, et que ce phénomène peut se faire mieux sentir (Dugès).

Tous ces caractères qui découlent de l'état de l'utérus sont des indices puissants de grossesse ; mais comme cet organe peut être tout aussi développé sous l'influence d'autres causes, il s'ensuit nécessairement qu'ils peuvent conduire à l'erreur.

Urine. — L'urine des femmes enceintes vient de fixer l'attention de quelques médecins, qui y ont découvert un caractère essentiel, la présence de la kiesteïne.

L'urine d'une femme grosse, recueillie le matin, est ordinai-

rement d'une couleur jaune-pâle, un peu laiteuse; elle rougit le papier bleu de tournesol, et ne se coagule ni par la chaleur, ni par les réactifs ordinaires de l'albumine. Lorsqu'on l'abandonne à elle-même, il se forme, dès le premier jour, un nuage suspendu au milieu du liquide, et semblable à du coton cardé; dès le premier jour aussi, elle laisse déposer une matière blanche floconneuse. Du deuxième au sixième jour, de petits corps opaques montent du fond à la superficie du liquide, et s'agrègent peu à peu pour former une couche qui en couvre toute la surface; c'est la kiesteïne. « Cette couche, dit M. Eguisier, à qui nous empruntons ces détails, est assez consistante pour qu'on puisse l'enlever en grande partie, en la soulevant avec précaution par un de ses bords. Elle est blanchâtre, opaline, un peu grenue, et ne saurait être mieux comparée qu'à la couche de graisse qui surnage sur le bouillon gras. »

Examinée au microscope, elle offre l'aspect d'une masse gélatineuse sans forme déterminée; on y découvre bien quelquefois des cristaux cubiques assez volumineux, mais seulement lorsqu'elle a vieilli. On y a cherché inutilement les animalcules annoncés par quelques auteurs dans l'urine des femmes grosses. Quelques sujets atteints de phthisie, d'abcès par congestion, de catarrhe vésical, ont présenté une couche blanchâtre analogue; mais, suivant M. Eguisier, au lieu de disparaître au bout de quelques jours comme la kiesteïne, elle augmente d'épaisseur, et se couvre d'une grande quantité de moisissures.

La kiesteïne paraît exister dans l'urine de la femme depuis le premier mois jusqu'à l'accouchement; M. Emm. Rousseau l'a reconnue dans l'urine de quelques femelles d'animaux : nous l'avons vue paraître, dit l'auteur de cette note, quelquefois au bout de vingt-quatre heures, rarement après le sixième jour. Des vingt-cinq femmes dont il a relevé l'observation, dix-sept étaient enceintes de quatre à neuf mois. L'état de gestation n'était pas douteux; quatre étaient enceintes de un à quatre mois, quatre étaient en traitement pour diverses affections (sciatique, ascite, ulcération du col, maladie non déterminée de l'utérus).

La *Gazette des hôpitaux*, d'où nous avons extrait la description précédente, renferme en outre des observations de

grossesses qui ne furent révélées que par la présence de la kiesteïne. On conçoit que si le signe indiqué par M. Eguisier est exact, et dégagé de toute cause d'erreur, il fournira un signe de grossesse d'autant plus précieux, qu'il se montre à une époque où les autres moyens d'exploration ne fournissent que peu de lumières ; l'expérience seule pourra prononcer à cet égard.

Ces signes sont-ils applicables à la grossesse extra-utérine, comme à la grossesse utérine? Règle générale, il est beaucoup plus difficile de constater cette espèce de grossesse. Des trois signes certains, un d'eux manque presque constamment, puisque le fœtus est placé hors de la cavité utérine, c'est le ballottement, l'une des ressources, l'un des caractères le moins infaillibles de la grossesse. Il est vrai que les mouvements actifs du fœtus sont plus sensibles, parce que les parois abdominales séparent seules la main d'avec le fœtus. Quant aux battements du cœur de l'enfant, perçus par le stéthoscope, ils sont, en général, plus appréciables. — Le souffle placentaire existe-t-il? C'est une question non encore résolue; si ce phénomène dépend de la présence des sinus du placenta, on pourra le rencontrer; s'il est, au contraire, le fait de l'ampliation des artères utérines et de la grande activité de ces vaisseaux, il est douteux qu'on l'observe ; car, tout en admettant qu'il se développe un système vasculaire dans le point d'insertion du placenta, dans la cavité abdominale, jamais il ne sera aussi considérable, puisqu'il n'est destiné qu'à entretenir la vie de relation de la mère avec l'enfant; tandis que, dans le premier cas, il a non seulement ce but, mais encore il a pour objet de fournir les matériaux de l'accroissement énorme qui survient dans la nutrition des parois de la matrice, nutrition destinée à donner à son tissu des propriétés contractiles et une force musculaire qu'elle ne possède pas hors le temps de la gestation.

Au surplus, ce qui dérangera tout calcul à cet égard, c'est qu'en général le fœtus ne vit pas au-delà du troisième mois, dans les grossesses extra-utérines tubaires (Chaussier). Les grossesses ovariques et abdominales atteignent le terme ordinaire, et se prolongent souvent au-delà de l'époque de neuf mois. On cite des faits fort remarquables à ce sujet : Un

enfant ossifié, resté vingt-huit ans dans le ventre de sa mère, morte à Sens, en 1582; une femme de Dôle, en Franche-Comté, devenue grosse à trente-huit ans, et qui mourut quinze ans après, sans être accouchée, 1661. François Bayle a donné l'observation raisonnée d'un fœtus resté vingt-cinq ans dans le sein de sa mère. Bartholin cite une femme chez laquelle cinq ans après l'époque où elle aurait dû accoucher, il se forma plusieurs abcès au ventre, qui donnèrent chacun issue à des portions de fœtus, en différents temps et à des intervalles fort éloignés; le dernier n'eut lieu que dix-neuf ans après l'apparition du premier.

Il est encore un signe qui manque dans les grossesses extra-utérines, c'est l'accroissement en volume de l'utérus. Toutefois, il ne faudrait pas établir ce fait comme un principe. Ainsi, dans les grossesses extra-utérines interstitielles, et dans celles qui ont leur siége au point d'insertion de l'une des trompes à la matrice, il y a toujours un accroissement en volume de la matrice, accroissement dont les limites sont variables, comme les cas particuliers eux-mêmes, et à l'occasion duquel il est impossible de rien préciser. Bertrand, Santorius, Weincknecht père, Simmons, Harthmann et Chaussier, ont cité des cas dans lesquels l'utérus avait été triplé de volume, dans des grossesses tubaires.

La grossesse extra-utérine pourrait donc, dans beaucoup de cas, simuler des affections morbides; aussi serait-elle, sous le rapport du diagnostic, l'écueil des plus célèbres accoucheurs. Toutefois M. Velpeau émet à cet égard une opinion tout-à-fait opposée (*Traité d'accouchements*, p. 227). La grossesse extra-utérine a des caractères si tranchés, qu'il est en général très facile de les saisir à partir du troisième mois. Le kyste proéminant à la fois dans le haut du vagin et dans le rectum, est promptement reconnu par le doigt, qui, dans certains cas, va jusqu'à distinguer le fœtus ou ses différentes parties. La rétroversion seule pourrait en imposer alors; mais on évitera la méprise en se rappelant qu'ici le museau de tanche est tout à la fois relevé et dirigé en avant, tandis que là, il est repoussé au-dessus des pubis avec la matrice qu'on trouve par l'explo-

ration hypogastrique, et qu'il continue le plus souvent de regarder en bas.

Quant aux signes distinctifs des différentes espèces de grossesses extra-utérines, ils sont trop incertains pour mériter la moindre confiance. En résumé, on devra, pour établir le diagnostic, tenir compte du développement d'une tumeur dans un point ordinairement latéral de l'abdomen ; avec peu ou point d'augmentation de volume de l'utérus ; battements du cœur du fœtus ; mouvements actifs, et tous les signes dits équivoques de la grossesse. En général, les grossesses extra-utérines n'atteignent pas le terme de neuf mois, elles se terminent par des ruptures dans l'abdomen, des hémorrhagies avec épanchement de sang dans cette cavité ; et une péritonite aiguë vient enlever la malade.

Le diagnostic de la grossesse peut encore être modifié dans les cas où elle est *composée*, et dans ceux où elle est *compliquée*. En premier lieu, c'est-à-dire lorsque plusieurs fœtus existent dans l'utérus, le volume de cet organe est du premier abord très considérable ; le mouvement de ballottement est plus sensible du troisième au sixième mois de la grossesse que plus tard ; les mouvements actifs du fœtus ont lieu dans plusieurs points à la fois, et l'auscultation donne des battements du cœur dans plusieurs endroits de la matrice.

Lorsque la grossesse est compliquée d'affections qui peuvent simuler cet état, ce dont nous parlerons plus loin, cette complication ne peut qu'ajouter aux difficultés du diagnostic. Mais il importe moins au médecin légiste d'en préciser la nature, que de reconnaître la grossesse.

L'observation suivante prouve à quelles erreurs on pourrait être conduit, si, pour constater la grossesse, on s'en tenait à des sensations éprouvées par la femme, et si on négligeait l'observation des trois signes certains de la gestation :

Une dame de quarante-sept ans, d'une forte constitution, avait eu, depuis l'âge de quinze ans, époque de son mariage, quatre couches heureuses et cinq fausses couches, à différentes époques de la gestation. Les règles disparurent dans sa quarante-sixième année ; et à dater de ce moment, elle éprouva tous les signes de la grossesse. A quatre mois de la suppression des règles, le ventre avait acquis le développement

qu'il présente à cette époque de la grossesse. Madame S..... eut alors tous les symptômes avant-coureurs de l'avortement; à quatre mois et demi elle sentit distinctement tous les mouvements de l'enfant. M. Chaudon pratiqua alors le toucher; le ventre était au moins aussi volumineux qu'il l'est à cette époque de la grossesse; il était, de plus, tendu, sensible à la pression. La partie supérieure d'une masse oblongue, qu'il prit pour la matrice, dépassait l'ombilic d'un pouce et demi à peu près. Le doigt introduit dans le vagin, il trouva le col de l'utérus et cet organe lui-même, dont il pouvait toucher une partie de la face postérieure, dans l'état naturel; ce qui le porta à affirmer qu'il n'existait pas de grossesse. Le surlendemain, des mouvemens analogues à ceux produits par la présence d'un fœtus se manifestèrent; ce qui confirma madame S..... dans l'idée qu'elle était grosse. A huit mois et demi les mouvements étaient plus forts qu'ils n'avaient jamais été; les seins, très volumineux, laissaient suinter une humeur lactescente. Quelques jours après, des douleurs de reins survinrent; une légère perte se manifesta et n'apporta aucun changement à la tumeur. Trois jours plus tard, madame S.... vint annoncer à M. Chaudon « qu'elle était accouchée sans faire d'enfant. » Ses mamelles étaient affaissées, son ventre diminué de plus de moitié; il était très flasque; et tout cela sans qu'il survînt de pertes sanguines, d'évacuations alvines, d'urine ou de sueur, sans issue de vents ni de lait par la matrice. La santé s'est parfaitement rétablie; les règles ont reparu, et coulent comme avant la suppression.

Quels sont les états, maladies ou moyens qui peuvent simuler la grossesse?

A leur tête nous placerons la *fausse grossesse spasmodique ou nerveuse.* Développement de l'utérus et des mamelles; utérus dur et pesant; pertes utérines d'un sang séreux; augmentation assez rapide des parois abdominales, souvent même très rapide. Lait ou humeur analogue à du lait, sécrétée par les mamelles; quelquefois même il se manifeste un travail analogue à celui de l'accouchement; mais absence de ballottements, de battements du cœur du fœtus, et de mouvements actifs. Les phénomènes de la fausse grossesse sont si analogues à la grossesse vraie, que les femmes qui ont eu plusieurs enfants s'y trompent quelquefois. Tel est le cas rapporté par Mauriceau : une femme de quarante-quatre ans avait eu dix grossesses; elle se croyait enceinte de huit mois, gardant exactement le lit à cause d'une chute qu'elle avait faite depuis six jours. Elle craignait un accouchement prématuré; elle sentait depuis quatre mois les mouvements actifs de l'enfant. Mauriceau la désabusa. Du reste elle présentait tous les signes dits incertains de la conception et de la grossesse. Gérard de Lyon, Baudelocque et

Chaudon ont rapporté des exemples remarquables de cette espèce de fausse grossesse (on sent bien des mouvements en palpant l'abdomen, mais ce sont des mouvements de spasme de l'utérus, et non pas les mouvements actifs du fœtus; il faut bien les distinguer). Nous venons de rapporter (page 451) un des faits d'observation qui sont propres à ce dernier médecin.

Rétention du sang des règles. — Absence de menstruation, augmentation du ventre, ayant principalement lieu aux époques de la menstruation; gonflement des mamelles, signes généraux qui dépendent toujours d'un accroissement de l'utérus; phénomènes hystériques; douleurs abdominales à chaque époque; matrice dure, tendue, remplissant de plus en plus la cavité du bassin, et simulant parfaitement la vraie grossesse. Mais cet état s'observe particulièrement chez les jeunes filles qui n'ont pas été réglées. Il existe un obstacle mécanique à l'évacuation des règles, obstacle qui consiste dans l'imperforation de la membrane hymen, ou dans une membrane accidentellement placée sur la longueur du canal du vagin, ou même à l'orifice de l'utérus (*atrésie*). Ce dernier cas peut présenter des difficultés de diagnostic. De plus, absence des trois caractères spécifiques de la grossesse.

Simple suppression de règles. — Tous les phénomènes généraux de la grossesse, mais l'utérus occupant toujours le même volume et ne présentant pas les trois phénomènes caractéristiques.

Polype utérin. — Une seule variété peut tenir l'expert dans l'incertitude. C'est celle dans laquelle le polype a son siége dans l'épaisseur même des parois de l'organe; car, dans l'autre variété, le polype vient toujours faire saillie au col utérin, le plus souvent même il le dépasse; et l'on peut sentir une tumeur arrondie, pédiculée, sur le pédicule de laquelle se dessine le col de l'utérus; les pertes fréquentes qui accompagnent cette affection concourent encore à la certitude du diagnostic.

Hydrométrie, ou hydropisie utérine. — Ordinairement suppression de la menstruation; développement insensible et gradué de l'utérus, avec sa réaction sur toute l'économie;

fluctuation de cet organe; mais état maladif plus ou moins marqué, quelquefois œdème des membres abdominaux à une époque antérieure à celle où ce phénomène se manifeste chez les femmes grosses. Absence de mouvement actif, de ballottements et de battements du cœur du fœtus.

Physométrie. — (Air ou autre gaz dans la cavité de l'utérus). Même état de l'utérus sous le rapport de son développement et de ses réactions sympathiques; mais des gaz s'échappent de temps en temps de la cavité de cet organe; souvent on parvient à en faire sortir par une pression brusque exercée de bas en haut. L'utérus donne la sensation élastique d'un ballon, et non pas celle d'un corps plein d'un liquide. Ce caractère, il est vrai, est souvent difficile à apprécier; mais, dans tous les cas, les phénomènes caractéristiques sont toujours la ressource du médecin pour reconnaître l'erreur, ou pour émettre un doute.

Hydropisie ascite. — Tout en amenant un développement de l'abdomen, et quelquefois une aménorrhée, cette affection simulera rarement la grossesse, en tenant compte : 1° de l'absence des signes caractéristiques; 2° de la vacuité de l'utérus; 3° de cette circonstance que la fluctuation du ventre sera superficielle et d'autant plus sensible, que l'on fera coucher le malade du côté où on en percevra la sensation.

Hydropisie enkystée de l'abdomen. — Cette espèce d'affection peut quelquefois simuler la grossesse d'une manière assez parfaite. Tel est le cas où elle siège dans un point avoisinant la place qu'occupe l'utérus, car alors elle peut reproduire la forme de cet organe dans son état de développement. Elle pourrait être accompagnée d'absence de la menstruation; elle donnerait alors la sensation d'une fluctuation sourde et profonde; mais l'utérus serait vide, et les signes principaux de la grossesse manqueraient encore.

Nous en dirons autant de l'*engorgement squirrheux des ovaires*, affection qui a fait naître quelquefois des doutes à cause de sa situation habituelle.

Péritonite chronique. — Des erreurs ont aussi été commises par des médecins peu attentifs à cause des borborygmes qui

l'accompagnent fréquemment, et que l'on a pu confondre avec les mouvements actifs du fœtus.

La tympanite ne peut guère être une source d'erreur : la forme de l'abdomen, sa résonnance générale par la percussion, et la tension du ventre, sont des indices puissants de l'absence de toute grossesse.

La vessie distendue par de l'urine ou des gaz a plusieurs fois fait commettre des méprises. Mais d'abord la tumeur qu'elle forme est oblongue et pointue à son sommet; ensuite, une sonde, introduite dans cet organe, fait disparaître la tumeur par l'évacuation de l'urine qu'elle procure.

Môles, ou *faux germes*. — Avant d'exposer leurs caractères distinctifs d'avec la grossesse, rappelons les traits principaux qui leur sont propres : une première espèce est formée par les membranes du fœtus, l'eau de l'amnios et quelques débris d'embryon, tels que filaments flottants, restes de cordon, ou des petits corps charnus informes; ce sont les rudiments d'un embryon arrêté dans son développement. Ces môles ne persistent jamais au-delà de deux ou trois mois; et, quoiqu'elles soient accompagnées de phénomènes généraux propres à une grossesse commençante, l'expert ne peut jamais acquérir la certitude de la grossesse qu'au moment où son produit est expulsé au dehors.

Une seconde espèce désignée sous le nom de *môle charnue* consiste dans des masses, dont le volume varie depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à celui de la tête d'un enfant; cependant, le volume de ces môles peut aller au-delà, et leur poids s'élever quelquefois jusqu'à deux ou trois livres. Leur tissu est compacte, sans cavité ou avec cavité; et, dans ce dernier cas, la môle renferme de l'eau et quelques débris de fœtus; si on l'incise, on trouve dans un point un tissu qui ressemble à celui du placenta; là, une matière calcaire; ailleurs, un tissu fibreux; plus loin, des hydatides ou des débris de fœtus : telle était la môle dont Ruisch nous a laissé la figure.

On trouve quelquefois deux môles charnues. Une môle peut coïncider avec une grossesse; dans ce cas, son expulsion précède le plus souvent celle de l'enfant. Si la môle et le fœtus sor-

tent ensemble, l'accouchement se fait bien avant terme. Cependant on a vu des môles dépasser de beaucoup le terme ordinaire de la grossesse ; car plusieurs sont restées quatorze mois et même des années dans l'utérus.

Ce genre de môle peut offrir des difficultés de diagnostic. Outre les phénomènes généraux de la grossesse, la matrice se développe peu à peu, revêt la forme ordinaire ; mais on y chercherait en vain, et le mouvement de ballottement, puisque la môle est adhérente dans tous ses points à l'utérus ; et les mouvements spontanés du fœtus ; et les phénomènes que donne l'auscultation.

La troisième espèce de môle est celle que les auteurs ont appelée *vésiculaire ;* sa masse est principalement constituée par des hydatides, mais on y retrouve des rudiments de fœtus. Tantôt la masse est placée dans un placenta, d'autres fois un chapelet d'hydatides est attaché à un cordon. Ces môles séjournent beaucoup plus de temps dans la matrice ; on en a vu qui sont restées pendant six ans ; leur volume est considérable, car le poids de quelques unes a égalé quinze livres. — C'est toujours aux trois caractères principaux de la grossesse qu'il faut avoir recours, pour distinguer cette conception vicieuse.

En supposant qu'une femme soit enceinte, de quelle époque date la grossesse ?

Cette question, plus facile à résoudre en apparence, offre cependant quelques difficultés ; elle est surtout délicate, alors qu'elle est faite dans le but d'interpréter l'article 340 du Code civil. « La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement *se rapportera à celle de la conception*, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant. » Et aussi pour les articles 725, 906, 762, 357, 272 et 274 du Code civil.

Dans les circonstances habituelles de la vie, les accoucheurs prennent pour point de départ le milieu du temps qui sépare le moment de la dernière menstruation et celui où les règles ont cessé de paraître pour la première fois. Mais alors la femme

n'a aucun intérêt à assigner une époque donnée à sa grossesse. Fût-elle même véridique dans son rapport, son renseignement exact pourrait encore, dans des cas assez nombreux, induire l'expert en erreur; car, chez beaucoup de femmes, les règles ne disparaissent complétement qu'au deuxième ou même au troisième mois, et quelquefois elles ne disparaissent pas du tout, puisqu'on a cité des femmes qui ne voyaient que lorsqu'elles étaient grosses. Ce caractère manquera encore dans les circonstances où les femmes auront conçu avant d'avoir été réglées, et aussi dans ceux où elles ne le sont jamais, en sorte qu'il offre une ressource de peu de valeur au médecin légiste.

Il faut qu'il puise des lumières dans les époques auxquelles il peut apprécier,

1° Les mouvements actifs du fœtus : du quatrième au cinquième mois ;

2° Les mouvements passifs ou le ballottement : dans le cours du cinquième mois ;

3° Les bruits du cœur et de souffle : à une époque variable, entre le troisième et le septième mois.

C'est surtout dans la solution de cette question que la situation de l'utérus et son volume lui fourniront des données assez exactes. Observons qu'ici nous partons de ce point, que la grossesse est constatée, et, par conséquent, que c'est bien à la grossesse qu'il faut attribuer l'état de cet organe. On recherchera donc quelle est la hauteur que l'utérus occupe dans l'abdomen, en tenant compte de ce fait, que chez les femmes qui ont déjà conçu plusieurs fois, l'utérus s'élève toujours un peu moins haut. C'est là le seul caractère qui puisse offrir quelque approximation un peu exacte pour arriver à la solution de cette question. (*Voy.* pour ce qui concerne le développement de la matrice.)

Démontrer qu'une femme n'est pas enceinte. — Il est des femmes qui emploient avec beaucoup d'art des vêtements pour simuler les apparences extérieures d'une grossesse; il en est qui ont été jusqu'à feindre, dans quelques cas, l'accouchement. Nous en avons rapporté précédemment un exemple remar-

quable; mais ces moyens échouent devant l'observation d'un médecin, car les signes de la grossesse ne peuvent être déduits que de l'inspection de l'abdomen; et l'exploration de cette partie ayant toujours lieu à nu, aucune ruse ne peut plus masquer l'état naturel.

Cette question n'a pas été traitée par les auteurs; et il semble, au premier abord, qu'après avoir fourni les moyens de constater la grossesse, il soit oiseux de la poser. Mais il faut observer que, de ce qu'un médecin n'a pas trouvé chez une femme les signes de la grossesse, il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit pas grosse. D'ailleurs, les dispositions de l'article 27 du Code pénal sont tellement importantes, que l'on ne saurait apporter trop de soins à résoudre cette question : « Si une femme condamnée à mort se déclare, et s'il est vérifié qu'elle est enceinte, elle ne subira la peine qu'après la délivrance. » Ce n'est même pas le seul article de la loi qui puisse soulever cette question : les articles 145, 752 du Code civil, et en général tous ceux où la femme a intérêt à se déclarer grosse peuvent la faire naître.

Il faut, pour donner les moyens de la résoudre, supposer deux cas possibles : ou il n'existe pas dans l'abdomen de tumeur qui dénote un développement de l'utérus, ou au contraire on y sent une tumeur plus ou moins distincte.

La première supposition, celle d'absence de toute tumeur dans l'abdomen, se rencontrera rarement dans la supposition de l'article 27; car il faut observer que la femme qui a subi un jugement entraînant une condamnation capitale, a été isolée d'autant plus complétement, qu'elle était sous le poids d'une accusation très grave; et par conséquent aussi que deux, trois ou quatre mois auront été employés à une procédure d'autant plus longue, qu'il a fallu rassembler des éléments d'instruction plus exacts. Néanmoins, par des circonstances que l'on ne peut pas prévoir, il n'est pas impossible qu'elle rentre dans cette première catégorie. Voyons donc les règles que le médecin légiste doit observer.

On ne peut pas, en général, affirmer qu'une femme est grosse, avant le quatrième ou cinquième mois; rarement plus

tôt, et souvent plus tard. Donc, avant que l'on ait acquis la certitude de la grossesse, on ne peut pas assurer qu'elle n'existe pas. Cependant, comme nous supposons l'absence de tumeur dans l'abdomen, le médecin pourra, en renouvelant tous les huit jours, par exemple, son examen, arriver dans quelques cas à une solution, avant cette époque éloignée. Dans les deux premiers mois, l'utérus se développe dans la cavité du bassin; au troisième mois, il atteint le pubis. Il est donc peu probable qu'un pareil changement ne devienne pas sensible aux explorations réitérées des experts; explorations qui seront toujours faites à la fois par le vagin et l'abdomen; mais c'est là le cas le plus facile.

Supposons actuellement qu'il existe une tumeur dans l'abdomen, ou un développement de l'utérus porté à un faible degré : l'expert, dans un grand nombre de circonstances, sera obligé d'attendre le cinquième mois de la grossesse avant de se prononcer; et afin de ne pas généraliser, nous citerons ces circonstances. Fausse grossesse ou grossesse nerveuse; polype utérin; hydrométrie; physométrie dans quelques cas; hydropisie enkystée; môles. Nous allons même plus loin, et nous disons que parfois l'époque de neuf mois révolus sera insuffisante. Nous citerons pour exemple le fait de M. Capuron dans lequel la grossesse a été méconnue. Nous y joindrons ces exemples de grossesse extraordinaire où on porte très souvent un diagnostic incertain. Mais, dira-t-on, à quoi servent donc les trois signes caractéristiques de la grossesse? C'est que quand on a envisagé une question dans le but d'atteindre un résultat donné, elle peut encore être envisagée sous d'autres points de vue différents. C'est que si les signes de grossesse prouvent l'existence de la gestation, lorsqu'ils sont manifestes, encore une fois, leur absence ne démontre pas d'une manière absolue l'absence de la grossesse.

La question que nous venons de traiter doit donc engager l'expert à apporter la plus scrupuleuse attention dans son examen; il doit avoir présent à la pensée qu'il est peut-être plus facile de prouver l'existence, que de démontrer l'absence de la grossesse.

Une femme peut-elle concevoir à son insu?

Il est démontré par des faits authentiques (voyez *Accouchement*) qu'une femme peut accoucher sans le savoir, à plus forte raison l'acte du coït peut-il être exercé à son insu, *dans les mêmes circonstances*, car il n'est pas toujours nécessaire que le coït *soit complétement* opéré pour qu'il soit fécondant. Mais si durant un état comateux, une syncope, une apoplexie ou tout autre affection du même genre, une femme peut être fécondée sans le savoir, est-il présumable que le même résultat puisse avoir lieu durant le sommeil? Ce n'est pas impossible, mais c'est peu probable. Il faudrait supposer des circonstances toutes particulières qui viendraient concourir à l'accomplissement d'un pareil acte. D'abord un sommeil profond; ensuite une position appropriée de la femme; des dimensions très grandes de ses parties génitales, tandis que celles de l'homme offriraient une disposition opposée, et une foule d'autres conditions de détails dans lesquelles nous ne pouvons entrer dans un ouvrage de ce genre. Capuron cite l'exemple d'une jeune fille qui devint grosse, après qu'un homme qui lui avait fait boire du punch l'eut mise dans un état complet d'ivresse. Il est du reste bien reconnu qu'une femme n'a pas besoin de ressentir du plaisir pour être fécondée.

Une femme peut-elle avoir conçu, et présenter cependant tous les caractères de la virginité?

Une femme, dont parle F. de Hilden (*Traité de Bonet*, p. 470, 471), avait une hymen criblée de trous; elle devint enceinte; le mari avait demandé le divorce pour cause de coït impossible. Viardel (*Obs. sur la pratique des accouchements*, p. 164) a relaté un fait dans lequel l'hymen offrait quatre petits trous, ce qui n'en rendit pas moins la section indispensable. Il en fut de même chez la femme dont parle Flamant, d'après M. Villette, et qui avait l'urètre si largement dilaté. Peu (*Pratique des accouchements*, p. 245 et 248) fait remarquer qu'elle n'offrait qu'un pertuis chez deux femmes qui n'en devinrent pas moins enceintes, et chez lesquelles on fut obligé de l'inciser au moment du travail. Nous avons dejà cité, p. 348, un cas rapporté par Baudelocque, dans lequel il allait rompre la membrane hymen, si la tête de l'enfant ne se fût présentée

en ce moment, et n'en avait pas opéré la déchirure. Ruysch, pour délivrer une femme, a été non seulement obligé de fendre l'hymen, mais encore une seconde membrane qui était placée derrière, à un pouce de distance. Meckel et Walter ont rapporté des cas analogues.

De tous ces faits il résulte évidemment qu'une fille peut devenir enceinte en conservant cependant les caractères de sa virginité; mais ces cas sont tout-à-fait exceptionnels.

Une fille ou une femme non réglée peut-elle concevoir?

V. D. Wiel (*Obs. rav.*, II, 323), De la Motte (*Traité d'accouch.*, p. 53), citent des exemples de femmes non réglées qui ont conçu. M. Velpeau (*Traité d'accouch.*, I, 117) dit avoir observé à l'hôpital de Tours une femme qui n'avait jamais vu, et qui cependant était mère d'un garçon de quinze à dix-huit ans, fort et bien constitué. M. Mondat (*De la stérilité*, 1833, 144) en a observé une autre qui avait eu trois enfants. M. Kableis (*Journal complém.*, XVIII, 252) cite l'exemple d'une femme qui n'eut ses règles qu'après trois grossesses successives, et il rapporte encore deux autres exemples de grossesse sans menstruation préalable. M. Kleeman (*Magaz. de Rust.*, XVIII) rapporte l'observation d'une dame qui, mariée à vingt-sept ans, ne vit ses règles que deux mois après son huitième accouchement, et continua ensuite d'être exactement réglée jusqu'à l'âge de cinquante-quatre ans. M. Velpeau cherche à expliquer ces anomalies par un vice de conformation de l'utérus qui empêcherait à la fois et la menstruation et la fécondation; car on a généralement observé que la stérilité coïncidait souvent avec l'absence des règles. Toujours est-il que la question que nous nous sommes posée doit être résolue par l'affirmative.

Jusqu'à quel âge une femme peut-elle concevoir?

L'établissement de la menstruation étant l'indice de l'aptitude à la grossesse, il s'ensuit qu'en raison des climats, du genre de vie et de l'éducation, l'époque de la conception sera différente. Dans les régions tempérées, le flux cataménial s'établit entre douze et seize ans; dans le Nord, c'est de seize à vingt qu'il apparaît, et de huit à douze dans les pays méridionaux. A côté de ces termes moyens peuvent être placées des excep-

tions nombreuses. On a cité des enfants réglées de un à cinq ans; Lieberg en a rapporté un cas observé chez un enfant d'un an; H. Saxonia, à cinq; Tulpius, à quatre; Deckers, à deux et à sept ans; A. Cooper (*Med. ch. Trans.*, IV), un cas entre deux et trois ans, un autre à deux ans et demi; il est difficile d'admettre que ce ne soient pas là des états morbides. Il n'en est pas de même pour les faits rapportés par M. Velpeau, qui a vu une demoiselle grande et forte, âgée de quatorze ans, et qui avait été réglée à huit ans et demi, une autre à neuf ans et demi, et une troisième à dix ans et demi; on peut même dire qu'à Paris les cas de ce genre sont assez communs. On a récemment publié l'exemple d'une jeune fille de la Havane, dont les règles ont paru pour la première fois à l'âge de dix-huit mois, et qui depuis ont continué à venir tous les mois. On lit dans les archives de Meckel et dans le journal *The Lancet*, 1829, I, 264, que quelques gouttes de flux menstruel parurent chez une enfant dès l'âge de neuf mois; à onze mois on en vit un peu plus; à quatorze, à dix-huit mois il en vint encore davantage; des poils existaient au pubis, les mamelles étaient très développées, et la force de l'enfant très considérable.

S'il existe des différences très grandes dans l'époque de l'apparition des règles, il n'y en a pas moins dans celle de leur suppression. En général, c'est de quarante à quarante-cinq ans qu'elles disparaissent dans les pays tempérés; de trente à quarante dans les climats chauds, et de quarante-cinq à cinquante-cinq sous les zones plus froides. En sorte que leur durée totale est d'environ trente ans; mais on a vu des femmes conserver la menstruation jusqu'à soixante (*Bibl. méd.*, 1829, III, 394), soixante-cinq et même soixante-dix ans. Harles parle d'une femme âgée de soixante-douze, mère de quinze enfants, et qui n'avait pas discontinué de voir.

Une observation qui a été faite et qui est fort remarquable, c'est que des femmes ont eu leur flux menstruel à l'âge de soixante-douze ans (Ryan, *Manual of midwif*, 44); à quatre-vingts (Dupeyron, *Acad. des Sc.*, 1768, *Hist.*, 94); à quatre-vingt-dix (*Med. and. surg. Journal*, V, 338), et même à cent cinq ans, au rapport de Blancardi. Il est vrai de dire que toutes

ces femmes avaient cessé de voir pendant un nombre plus ou moins considérable d'années. Desormeaux dit que ces retours de règles ne sont pas rares entre soixante et soixante-quinze ans, et quelques femmes ont retrouvé ainsi l'aptitude à la procréation.

En 1754, François Fagot se porte héritier d'une succession. On lui dispute son droit et son état en lui opposant l'impossibilité que sa bisaïeule fût accouchée de sa mère à l'âge de cinquante-huit ans, ainsi qu'il était annoncé dans l'extrait baptistaire de celle-ci : il lui est permis de se retirer devant l'académie pour avoir son avis. Les faits suivants, extraits des *Annales de la médecine*, furent exhibés comme preuves de la possibilité du fait. — Cornélie, de la famille des Scipions, accoucha à l'âge de soixante ans d'un fils que l'on nomma *Volusius Saturninus* (Pline le naturaliste). — Marsa, médecin de Venise, commit une méprise en matière de grossesse chez une femme de soixante ans, qu'il regarda comme affectée d'une hydropisie. — De La Motte cite le cas d'une fille de cinquante-un ans qui n'avait jamais voulu se marier dans la crainte d'avoir des enfants, et qui devint grosse à cet âge. — Il passe pour certain à Paris qu'une femme demeurant rue de la Harpe accoucha à soixante-trois ans d'une fille qu'elle nourrit (Capuron). S'il est donc généralement vrai que, pour notre climat, l'âge de quarante à quarante-cinq ans est celui où les femmes cessent d'être réglées et d'être aptes à procréer, il n'est pas moins exact de dire que, dans certains cas, la procréation peut dépasser de beaucoup cette époque de la vie.

Une femme peut-elle ignorer sa grossesse?

Les faits répondent pleinement à cette question : non seulement une femme primipare peut ignorer sa grossesse, mais encore une femme qui a eu plusieurs enfants. Desgranges, de Lyon, cite une femme qui devint mère à quarante-cinq ans, et qui ignorait complétement son état. Astruc, Zacchias, Senac, Foderé, Hebenstrett, partagent pleinement cette manière de voir. C'est d'après une consultation rédigée par seize médecins de Paris que Louise Bunel, prévenue du crime d'infanticide et condamnée à mort par le tribunal d'Avranches, fut en-

suite acquittée par celui de Bayeux. Toutefois il est rare qu'une femme qui ignore sa grossesse accouche à terme, car alors l'enfant a acquis trop de développement pour ne pas avoir donné la sensation des mouvements qu'il exécute, à moins que l'enfant ne soit extrêmement petit et dans des conditions peu favorables à la viabilité. Mais si cette thèse peut être soutenue d'une manière générale, elle est susceptible d'interprétation opposée dans une foule de cas particuliers : tel était celui de la fille X..., à l'occasion de laquelle nous avons rédigé une consultation médico-légale (*voyez* page 44). Elle disait avoir ignoré sa grossesse. Or elle était âgée de trente-six ans; depuis plusieurs mois ses règles étaient supprimées; elle avait eu des rapports avec le nommé Z.... ; diverses personnes avaient fait observer à cette fille qu'elle devait être enceinte, et l'une d'elles, chez laquelle elle était restée pendant trois mois en qualité de domestique, l'avait renvoyée, non seulement parce qu'elle s'était aperçue de sa grossesse, mais encore parce que son frère, médecin, avait déclaré, après visite faite, qu'il ne pouvait exister aucun doute à ce sujet; d'ailleurs la fille X.... étant accouchée d'un enfant fortement constitué, il était impossible qu'elle ne l'eût pas senti exécuter des mouvements à dater du quatrième ou du cinquième mois. La plupart des femmes accusées d'infanticide invoquent cette circonstance en leur faveur. C'est à l'expert et aux jurés à décider la question, surtout d'après les circonstances particulières de la cause.

En 1822, le docteur Duquesnel, de Reims, fut appelé par une dame mariée que personne ne croyait enceinte, et qui se plaignait de douleurs abdominales, dont le caractère et la marche simulaient les douleurs de l'enfantement. Désirant s'éclairer, M. Duquesnel proposa à la dame de se laisser toucher; mais elle était tellement éloignée de soupçonner la grossesse, qu'elle s'y refusa. Ce ne fut qu'au bout d'une heure, lorsque le médecin l'assura que l'accouchement allait avoir lieu, qu'elle permit l'exploration du col de l'utérus. On vit alors que la tête du fœtus était sur le point de franchir le détroit supérieur, et la femme fut délivrée après une demi-heure. Cette dame n'avait aucun motif pour cacher sa grossesse. (Orfila, *Méd. lég.*, tom Ier, p. 253.)

Madame Gousse, de Bapaume, âgée de trente-trois ans, déjà mère de trois enfants, jouissait habituellement d'une bonne santé; elle était à l'époque de la menstruation, lorsqu'elle essuya une vive frayeur qui supprima tout-à-coup cet écoulement périodique au mois d'août 1823. Dès lors se manifestèrent divers accidens, qui furent, tour à tour, attribués par des médecins, qui exerçaient le toucher, à une môle, à une

hydropisie abdominale, à une suppression de menstruation. A la fin de janvier 1824, cette dame accoucha d'un enfant bien portant, sans avoir jamais soupçonné sa grossesse. Elle croit avoir porté cet enfant pendant dix mois ; elle en est d'autant plus certaine, que, pendant tout ce laps de temps, elle se trouva dans l'impossibilité de communiquer avec aucun homme. (Moronval, *Journal complément.*, tom. XXIII.)

Une femme. mariée depuis trois ans, consulta Fodéré pour une affection chronique de la poitrine, accompagnée de rétention de règles et d'une perte en blanc très abondante et ichoreuse ; elle présentait en même temps divers symptômes équivoques de grossesse ; mais sur les observations qui lui furent faites à cet égard, elle objecta l'absence de son mari ; elle ajouta d'ailleurs que, sans vivre dans une continence absolue, elle ne craignait rien, parce que des gens de l'art lui avaient assuré qu'elle ne pourrait point devenir grosse tant que la perte en blanc subsisterait. Deux mois après, Fodéré, appelé en consultation pour la maladie de poitrine, qui était devenue très aiguë, fit observer à ses confrères qu'il sentait au côté droit de la région hypogastrique une tumeur dure, ronde, oblongue, qu'on regarda comme stercorale ou venteuse, faute de renseignements précis. Cependant le douzième jour, depuis qu'il continuait de voir cette femme, elle accoucha d'un enfant mâle d'environ quatre mois, à sa grande surprise, à celle des médecins qui la soignaient, et des assistants qui se trouvaient en grand nombre dans sa chambre. Sa naïveté et sa confiance au moment de ce travail, dont elle assurait ignorer la nature, et le peu de précaution qu'elle avait prise pour cacher sa honte et ce témoin de son infidélité, semblèrent autoriser à croire qu'effectivement elle n'avait pas connu son état. Elle se plaignait beaucoup des gens de l'art qui lui avaient inspiré une trompeuse sécurité, et expira le lendemain, victime peut-être d'un moment d'erreur et de l'imprudence des médecins, qui n'avaient peut-être pas assez interrogé la nature.

Nous pourrions multiplier ces faits ; mais ceux que nous venons de citer nous paraissent trop concluants pour qu'il soit nécessaire d'y ajouter. Nous ferons toutefois remarquer que si, dans les circonstances les plus générales où les femmes ignorent leur grossesse, elles sont primipares, les enfants sont faibles, grêles, et ces femmes n'arrivent pas le plus souvent au terme de l'accouchement.

La grossesse peut-elle apporter dans les facultés intellectuelles de la femme un trouble tel, qu'elle ne puisse résister à ses penchants ?

Nul doute que la grossesse exerce une influence très grande sur le système nerveux, et principalement sur le moral de la femme. Cette influence n'a été niée par personne. Telle femme citée pour la douceur et l'uniformité de son caractère, devient acariâtre et difficile à vivre. Mais cette influence a des bornes, et il est fort douteux qu'elle puisse aller assez loin pour dominer une femme au point de lui faire commettre des crimes. Toute-

fois, cette matière est fort délicate, surtout lorsqu'il s'agit de généraliser. Baudelocque parle d'une femme qui ne mangeait rien avec tant de plaisir que ce qu'elle pouvait dérober en allant faire ses provisions au marché. A côté de ce fait, plaçons le suivant : Une femme enceinte aperçoit une salade de laitue dans un saladier; elle saisit la salade et *le couvert d'argent*, sous prétexte que celui-ci se trouvait enveloppé par les feuilles! — Une femme voulait absolument manger l'épaule d'un boucher qu'elle avait vu nu (*Roderic a Castro*). — Une femme des environs de Cologne, désirant manger la chair de son mari, l'assassine pour satisfaire son appétit féroce, et en sale une grande partie afin de prolonger son plaisir (*Langius*).

Ce n'est certainement pas sans fondement que M. Capuron s'est élevé contre la trop grande confiance que l'on pourrait avoir dans cette influence; il a fait sentir que l'éducation et les habitudes sociales doivent suffire pour combattre avec efficacité de pareils penchants ; que la société se trouverait tous les jours outragée dans la personne de ses membres ; que ses intérêts seraient compromis, et que les plus grands crimes seraient ainsi autorisés. Pour nous, tout en admettant l'allégation de pareils motifs comme propres à éveiller l'attention des médecins et des magistrats, nous ne pouvons les accueillir avec toutes leurs conséquences. Mais, nous dira-t-on, si vous admettez une influence sur le moral de la personne, et sous ce rapport presque tous les médecins sont du même avis, pourrez-vous assigner une limite à cette influence? A quel point l'arrêterez-vous? est-ce au vol d'objets de peu d'importance, pour satisfaire un goût, un appétit? et pourquoi n'admettriez-vous pas un vol suscité par le désir de posséder et non de faire usage? et ainsi de suite. Avouons qu'un principe général ne peut pas résoudre et poser les limites d'une pareille question ; que le rôle du médecin doit se borner à faire connaître une influence du physique sur le moral, et qu'il appartient aux jurés et aux magistrats de décider si, dans l'espèce, cette influence a pu être portée assez loin pour faire commettre telle ou telle action répréhensible ; si surtout l'intérêt n'était pas plutôt le mobile de l'action, etc.

Grossesse après la mort.

Déterminer si une femme est enceinte.

Autant il est en général difficile de déterminer pendant la vie si une femme est enceinte, autant cela est facile après la mort. L'inspection de l'utérus et du produit de la conception résout inévitablement cette question, qui, d'ailleurs, offre peu d'applications à la médecine légale; toutefois, ce n'est guère qu'au vingt ou au vingt-cinquième jour de la conception que l'on peut trouver les rudiments certains de l'embryon et du placenta. (Voir à ce sujet les moyens de déterminer l'âge du fœtus au chapitre *de l'Infanticide, détermination de l'âge.*) Il n'est qu'un seul cas qui pourrait offrir de l'incertitude, c'est celui où, chez une fille pubère et non déflorée, on trouverait un fœtus ou des parties d'un fœtus dans un des points de la cavité abdominale. M. Orfila prend, pour résoudre cette question, un point de départ qui ne nous paraît pas exact. « Dès que la personne, dit-il, n'a pas été déflorée, il est évident qu'il y a monstruosité, c'est-à-dire que deux embryons ayant été conçus, l'un d'eux a été enfoncé dans la substance de l'autre. » Il ajoute : « Combien l'homme de l'art serait répréhensible si, dans son rapport, il faisait naître des soupçons sur la moralité de cette personne, en confondant la monstruosité dont nous parlons avec la grossesse extra-utérine! Ce diagnostic, en pareil cas, repose 1° sur l'état de l'utérus, qui a, dans la grossesse extra-utérine, éprouvé toujours quelques changements, soit dans son volume, soit dans sa cavité; 2° sur l'état des parties sexuelles, d'après lequel on pourra présumer que la personne a été déflorée; 3° sur les signes commémoratifs. Ainsi, la jeune fille aura présenté dès son enfance une tumeur abdominale plus ou moins douloureuse, s'il y a monstruosité; tandis qu'on aura observé quelques uns des signes de la grossesse extra-utérine dans le cas contraire; si elle est réellement enceinte, la tumeur n'aura paru que depuis peu; 4° sur la situation de cette tumeur, sur les rapports qu'elle peut avoir avec les parties environnantes. »

Les quatre genres de considérations sur lesquels M. Orfila fait reposer le diagnostic sont bien les données qui doivent l'ap-

puyer. Mais, partir de ce fait que, parce qu'une fille n'est pas déflorée, elle n'a pas pu être fécondée, serait commettre une erreur, puisque la fécondation peut s'opérer sans rupture de l'hymen. Il est un point beaucoup plus probant que les autres, et qui me paraît omis, c'est l'examen du genre d'embryon qui se trouve dans la cavité abdominale. Dans le cas de monstruosité par inclusion, il porte le cachet d'une fécondité fort ancienne et trop bien organisée pour faire supposer une grossesse récente, surtout si on le compare à l'état normal de l'utérus et de ses annexes. C'est surtout dans ce caractère que le médecin peut puiser des documents positifs pour assurer son diagnostic.

Conduite du médecin dans les cas où il est appelé à résoudre la question de grossesse.

Le médecin instruit de l'intérêt qu'une personne peut avoir à feindre la grossesse se rendra auprès d'elle. Il lui donnera connaissance de l'objet de sa visite, et lui adressera des questions sur ses antécédents, sur la régularité de sa menstruation; sur le fait de savoir si les règles ont manqué pendant plusieurs mois à une époque plus ou moins éloignée; sur le temps écoulé depuis la dernière disparition des menstrues; les symptômes de grossesse qu'elle a pu éprouver; l'ordre dans lequel ils se seront montrés; l'époque où le ventre a commencé à grossir, les seins à se gonfler, etc; mais jamais il ne posera les questions de manière à énoncer des faits, à énumérer des symptômes, ce qui servirait les réponses de la personne interrogée. Après ces préliminaires, il fera sentir la nécessité de palper le ventre à nu et d'exercer le toucher. Il éprouvera presque toujours des difficultés à mettre cette opération en pratique; et bien que ces difficultés pourraient provenir d'un excès de pudeur, il en tiendra pourtant compte. Dans le cas dont il s'agit, le médecin recevra beaucoup de détails sur des signes équivoques de la grossesse, détails dont les femmes intéressées à feindre une gestation ne manquent jamais de s'enquérir; en général, il en tiendra peu de compte. — La personne a-t-elle, au contraire, intérêt à dissimuler sa grossesse, elle cachera au médecin tout ce qu'elle a pu éprouver. Dans les deux cas, la femme peut

s'opposer au toucher. L'expert doit consigner ce refus dans le procès-verbal de sa visite, et en référer *immédiatement* au magistrat qui l'a délégué.

L'exploration de l'abdomen et celles de l'utérus sont-elles permises, on doit faire placer la femme sur un lit, la tête appuyée sur un oreiller, et les jambes demi-fléchies. Les parois abdominales étant alors dans le relâchement, on examine d'abord l'état de la peau et des aines, afin de voir s'il n'existe pas sur ces parties des traces d'une grossesse ancienne. On applique largement la main sur le ventre, on comprime la région hypogastrique pour y rechercher la sensation du développement de l'utérus; on exerce en même temps le toucher à l'aide d'un ou de deux doigts introduits dans le vagin, et quelquefois même dans le rectum; par des pressions alternativement exercées de haut en bas et de bas en haut, on cherche à constater l'état de l'utérus. — On doit alors faire placer la femme debout, et exercer le toucher avec deux doigts introduits dans le vagin, en même temps que l'on comprime l'hypogastre. Acquiert-on la certitude d'un développement de l'utérus, il faut s'assurer de l'existence ou de l'absence du ballottement, en imprimant à la matrice une pression brusque de bas en haut, et en ayant le soin de maintenir les deux doigts appliqués sur l'organe afin de sentir retomber le fœtus déplacé. — Si la grossesse est avancée, on recherche les mouvements actifs du fœtus en appliquant largement les deux mains sur le ventre sans exercer de pression, et en les maintenant sur divers points de l'abdomen pendant plusieurs minutes. On les suscite même en plaçant sur l'abdomen la main imbibée d'eau-de-vie, d'eau de Cologne ou d'eau vinaigrée; on peut encore opérer des percussions sur le ventre, en procédant comme s'il s'agissait de constater l'hydropisie ascite. — Enfin on explorera les mouvements du cœur de l'enfant, en posant le stéthoscope entre l'ombilic et l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, et l'on recherchera les mouvements placentaires principalement du côté droit de l'abdomen. Mais ces données ne constituent que des indications générales; souvent on est obligé de promener l'instrument sur toute la surface du ventre. Il est convenable de l'employer sans

enbout lorsqu'il s'agit de rechercher le bruit du souffle, et avec lui pour percevoir les battements; nous ne saurions trop engager les médecins à employer cet instrument dans tous les cas douteux. M. Hohl en a tiré un très grand parti pour une foule de cas relatifs à la pratique des accouchements. (*De l'Exploration en accouchements*, Ire partie, *Auscultation*. Halle, 1837.)

Modèles de rapports en matière de grossesse.

Premier rapport.

Nous..., en vertu d'une ordonnance de..., nous sommes rendu... chez madame B..., *à l'effet de déterminer si elle est enceinte, et dans le cas de l'affirmative, à quelle époque remonte la grossesse.*

Après avoir fait connaître à madame B... l'objet de notre mission, nous l'avons interrogée sur les circonstances qui ont précédé et accompagné son état. — Elle nous a appris qu'elle avait été réglée à l'âge de quatorze ans; que depuis cette époque jusqu'au 27 mars 1835 (dix ans écoulés), elle n'avait jamais éprouvé de dérangement dans sa menstruation; qu'ayant eu des rapports avec M. F..., elle avait vu disparaître ses règles peu de temps après; que depuis cinq mois elles ne s'étaient pas montrées; qu'elle avait d'abord éprouvé des malaises, de l'inappétence, des nausées, etc. (suit l'ensemble des symptômes généraux d'un début de grossesse); que peu à peu ses seins étaient devenus plus volumineux, que son ventre avait grossi graduellement, et que, depuis six semaines environ, tous les malaises s'étaient dissipés et que sa santé était devenue plus florissante que jamais; enfin que depuis un mois elle sentait son enfant exécuter des mouvements dans la matrice.

La peau de l'abdomen ne présente pas d'indice de grossesse ancienne; le ventre est saillant et développé en avant. En appliquant la main sur l'abdomen, on sent dans la région hypogastrique une tumeur arrondie qui remplit le bassin et vient faire saillie à peu près au milieu de l'espace qui sépare le nombril du pubis. Le doigt introduit dans le vagin, on sent manifestement l'utérus développé. Le col est porté en arrière; en imprimant une secousse de bas en haut à cet organe, on éprouve en quelques secondes la sensation d'un corps qui vient retomber sur le doigt; les mouvements actifs du fœtus sont peu sensibles à la main appliquée sur le ventre; cependant nous en avons eu une fois le sentiment; le stéthoscope appliqué entre l'ombilic et la crête de l'os des iles, nous a fait reconnaître les pulsations du cœur du fœtus, dont la vitesse n'avait aucun rapport avec le pouls de la mère; et nous avons apprécié un bruit de soufflet dans le côté droit de l'abdomen, qui se reproduisait à chaque pulsation de l'artère radiale.

Conclusion. — 1° Madame B... est enceinte; 2° sa grossesse peut dater de cinq mois environ.

Deuxième rapport.

Nous, etc., avons procédé à la visite de la demoiselle C....., à l'effet, etc.

La demoiselle C... nous a déclaré que depuis sept mois elle n'a pas ses règles; que lors de leur cessation elle a éprouvé des dégoûts, du malaise, de l'aversion pour des aliments qu'elle recherchait auparavant; des

désirs et des envies tout particuliers, comme ceux de dérober des aliments préparés pour d'autres personnes; de soustraire même des objets qu'elle aurait vus autrefois avec beaucoup d'indifférence. Elle ajoute que son ventre a pris de l'accroissement, qu'elle y sent des mouvements inaccoutumés, etc.

Mademoiselle C... n'a cédé qu'avec beaucoup de peine à la demande que nous lui avons faite d'examiner son ventre à nu. Elle s'est retirée dans un cabinet, s'y est déshabillée et placée ensuite sur son lit. Nous avons été frappé du peu de volume du ventre, comparé à sa proéminence alors que la demoiselle C... était habillée. Il n'y existe aucune tumeur ; la région hypogastrique est dépressible. Il nous a fallu de nouvelles instances pour pratiquer le toucher; et alors nous avons trouvé l'utérus et son col dans l'état de vacuité le plus complet.

Conclusion. — Mademoiselle C... n'est pas enceinte.

Troisième rapport.

Le, etc... avons procédé à la visite de la demoiselle Z..., etc.

Elle nous a appris qu'habituellement bien réglée, ses menstrues se sont supprimées depuis sept mois; que son ventre est devenu très volumineux; qu'elle a éprouvé tous les symptômes qui se manifestent dans les premiers mois de la grossesse; qu'elle a d'autant mieux reconnu ces symptômes, qu'elle a déjà eu deux enfants; que sa santé n'a pas été altérée, à part des maux de tête assez fréquents, des engourdissements des membres, et une plus grande tendance au sommeil.— Il existe dans l'abdomen une tumeur arrondie qui remplit tout l'hypogastre et s'étend jusqu'à un pouce au-dessus de l'ombilic; en portant le doigt dans le vagin, on sent manifestement l'utérus développé, mais il est impossible de constater l'existence du ballottement de l'enfant, ni des mouvements actifs du fœtus, ni des battements placentaires, ni ceux du cœur du fœtus.

Conclusion. — Il est impossible de déterminer si la demoiselle Z... est enceinte, quoiqu'il existe des apparences de grossesse. Il sera nécessaire de procéder plus tard à un nouvel examen, si même on n'est obligé d'attendre, pour porter un diagnostic certain, l'écoulement du temps nécessaire à la conception parfaite.

CHAPITRE XIV.

DE L'ACCOUCHEMENT.

Législation.

Art. 341. *Code civil.* — La recherche de la maternité est admise. L'enfant qui réclame sa mère sera tenu de prouver qu'il est identiquement le même que l'enfant dont elle est accouchée.

Code pénal, art. 345. — Les coupables d'enlèvement, de recelé ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de *supposition* d'un enfant à une femme *qui ne sera pas accouchée*, seront punis de la réclusion.

L'art 341 ne soulève qu'une question : Une femme porte-t-elle des traces irrécusables d'un accouchement? Ici, il s'agit d'un accouchement qui date de plusieurs années. *Exemple :* Une femme a eu un seul enfant; il a disparu pendant fort longtemps; cet enfant cherche plus tard à prouver son identité; les collatéraux nient que la femme ait jamais accouché.

Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles le médecin peut être appelé à déterminer si l'accouchement a eu lieu récemment, et à résoudre d'autres questions qui se rattachent directement au fait de l'accouchement; ainsi,

Dans la supposition de part, une femme se dit la mère d'un enfant; est-il possible de reconnaître si elle a jamais été enceinte, et si elle est récemment accouchée?

Dans la suppression et l'exposition de part, la femme a intérêt à cacher les traces d'un accouchement récent, il importe au contraire aux magistrats de les faire constater.

Dans l'infanticide, plusieurs autres questions relatives à l'accouchement peuvent se présenter; nous allons faire connaître l'ensemble de ces questions et les traiter successivement.

1° Une femme est-elle récemment accouchée?

2° Jusqu'à quelle époque est-il possible de constater un accouchement récent?

3° Est-il possible d'assigner une époque précise à l'accouchement?

4° Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?

5° Quels sont les états ou maladies avec lesquels on peut confondre l'accouchement ?

6° Une femme accouchée peut-elle être placée dans des conditions telles, qu'elle ne puisse pas porter de secours à son enfant ?

7° La mère et l'enfant périssant pendant l'accouchement, quel est celui des deux qui a survécu ?

8° Une femme a-t-elle été grosse dans sa vie ?

9° Une femme est-elle accouchée plusieurs fois?

Une femme est-elle récemment accouchée? — La solution de cette question repose sur l'observation des phénomènes qui suivent l'acccouchement; or, on peut diviser leur succession en plusieurs périodes. La première, de quarante-huit heures, s'étend depuis le moment de l'accouchement jusqu'à celui de la fièvre de lait; la deuxième, de trente-six à quarante-huit heures, comprend la fièvre de lait avec engorgement des seins; la troisième, de quatre à cinq jours, est marquée par l'écoulement caractéristique des lochies.

Première période. — Écoulement de sang pur ayant *l'odeur des eaux* de l'amnios, formant souvent des caillots mêlés à des débris de membranes et quelquefois à des portions de placenta. — Augmentation de volume plus ou moins considérable des grandes lèvres et de toutes les parties génitales externes, qui ne sont pas engorgées et enflammées, mais qui peuvent être légèrement contuses. — Déchirure de la fourchette, quelquefois rupture du périnée. — Dilatation du vagin avec sécrétion d'une quantité plus ou moins grande de mucosités. — Col utérin dilaté. — Lèvres plus grosses que de coutume, la lèvre antérieure fendillée et plus épaisse. — Utérus d'un volume plus ou moins considérable, formant une tumeur appréciable au toucher de l'abdomen. — L'hypogastre, les muscles abdominaux très relâchés, les parois abdominales en général assez flasques pour être facilement déplacées avec la main. — Anneau ombilical fort élargi. — Ecartement notable des muscles abdominaux sur la ligne blanche. — Sensibilité de la région hypogastrique sous l'influence de la pression. — Faiblesse et pâleur générales. —

Difficulté dans la marche ; mobilité et douleurs dans les articulations du bassin ; seins flasques, sécrétant souvent une matière lactiforme, mais beaucoup plus claire que le lait. — Dans toute la partie inférieure du ventre et dans la partie supérieure des cuisses, des vergetures, ou apparences de cicatrices multipliées à la peau, provenant de la distension à laquelle ce tissu a été soumis. — Tranchées utérines.

Seconde période. — Fièvre qui est plus ou moins marquée suivant les femmes. Elle manque même chez quelques unes, et alors il est plus difficile de reconnaître cette seconde période. — Odeur acidule toute particulière de la transpiration. — Absence d'écoulement sanguin, et à sa place une sérosité peu abondante mêlée quelquefois de stries sanguines. — Augmentation du volume de l'utérus. — Chaleur et engorgement des parties génitales externes. — Tuméfaction des seins qui, chez quelques femmes, peut être portée au point de les forcer à tenir les bras écartés du corps, et chez d'autres, au contraire, se réduit à un peu plus de densité dans ces organes. — Pas de secrétion de lait — Du reste, tous les autres caractères de la première période.

Troisième période. — Parties génitales externes notablement diminuées de volume. — Cavité du vagin rétrécie. — Ecoulement d'une humeur roussâtre, puis verdâtre, puis blanchâtre, ayant *une odeur suî generis* que l'on a désignée par les mots *gravis odor puerperii*, et qui constitue les lochies ; elles sont souvent, chez quelques femmes, mêlées de sang dans les premiers jours. — Utérus beaucoup moins volumineux et quelquefois très difficile à apprécier au toucher. — Les seins sécrétant ou ne sécrétant pas de lait ; lorsqu'ils en sécrétent, ce liquide a des caractères particuliers que nous allons faire connaître. — Col utérin revenu à son volume à peu près ordinaire. Cette période a une durée variable, suivant les femmes ; il en est, par exemple, chez lesquelles l'utérus ne revient à son volume primitif qu'au bout de six semaines à deux mois. — L'écoulement des lochies se prolonge jusqu'au quinzième ou vingtième jour après l'accouchement, mais leur durée n'a pas non plus de limites positives. — Enfin, de l'ombilic

au pubis, se montre une trace brune, principalement chez les femmes dont la peau est très colorée et chez celles qui sont d'un tempérament bilieux.

Il résulte des tableaux que nous venons d'esquisser, que le médecin légiste pourra presque toujours acquérir la preuve de l'accouchement, lorsqu'il sera appelé à le constater dans la première et dans la seconde période ; qu'il n'en pourra pas toujours être de même de la troisième, pour les quatre à cinq jours qui la constituent ; qu'au-delà de ce temps, il y aura souvent doute, et même impossibilité ; car, dans quelques cas, l'accouchement ne laisse aucune trace de son passage après le sixième jour révolu.

On remarquera qu'ici nous n'avons pas assigné une valeur déterminée à chacun des signes de l'accouchement ; c'est qu'en effet, dans le cas dont il s'agit, c'est moins par une valeur absolue que par une valeur d'ensemble que l'on établit le diagnostic : toutefois, il est des signes plus positifs que les autres de l'accouchement ; ce sont : l'écoulement de sang avec l'odeur de l'eau de l'amnios, et l'écoulement des lochies avec l'odeur qui leur est propre. Le premier ne pourrait être confondu qu'avec le sang des règles, ou une hémorrhagie utérine par suite d'affection de la matrice, ou un écoulement de sang dépendant de la présence d'un polype dans l'utérus, d'une tumeur fibreuse, d'hydatides, etc. ; mais, dans tous les cas que je viens de citer, l'odeur des eaux de l'amnios se fait rarement observer. Dans le cas même de l'évacuation d'une môle, cette odeur manque encore le plus souvent. Pourquoi ce signe n'a-t-il pas une durée plus grande ? Le caractère déduit de l'odeur des lochies offre presque autant de certitude, et sa permanence devient un signe encore plus concluant. Mais il est à craindre que si l'on visite la femme trop tard, on ne prenne les fleurs blanches, en lesquelles, du reste, les lochies dégénèrent souvent, pour les lochies elles-mêmes ; au surplus, nous reviendrons sur l'ensemble de ces caractères en parlant des états qui simulent l'accouchement. Le troisième signe important de l'accouchement est la déchirure de la fourchette ; mais, outre que la cicatrisation de cette déchirure est assez rapidement opérée,

et qu'elle n'a plus lieu dans une seconde grossesse, ce signe peut manquer dans la circonstance d'un enfant très petit, ce qui à la vérité est fort rare.

Je n'ai pas compris la délivrance comme un des signes de l'accouchement, parce que ce phénomène le suit ordinairement de trop près pour que le médecin commis puisse le constater ; mais si, par un de ces hasards heureux pour l'expertise, le placenta n'avait pas encore été expulsé, ce qui s'observe plus particulièrement dans les cas où il est adhérent au voisinage de l'insertion de l'une des trompes de Fallope, ainsi que j'ai eu occasion d'en observer un exemple (la matrice venant à se contracter naturellement, de manière à former à ses deux angles supérieurs un cul-de-sac, une sorte d'entonnoir dont le sommet se termine au canal de la trompe de Fallope, enchatonne le placenta et s'oppose à son expulsion), dans ce cas, ce serait une preuve irrécusable d'un accouchement. Il s'opère alors une fonte putride du placenta d'une odeur tellement infecte, avec persistance de l'augmentation de volume de l'utérus, et souvent il se développe une métrite si intense, qu'il n'est pas possible d'en méconnaître la cause.

Jusqu'à quelle époque peut-on constater un accouchement récent?

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer doivent démontrer deux faits, savoir : 1° qu'en général, passé le dixième jour, il est souvent difficile de prouver que l'accouchement est récent ; 2° qu'il est impossible d'établir quelque chose d'absolu à cet égard, puisque les traces de l'accouchement récent persistent plus ou moins chez les femmes. Tous les auteurs se sont accordés à dire que l'accouchement doit être constaté dans les dix premiers jours (Zacchias, Michel Albert, Jean Bohn, Antoine Petit, Louis, Mahon, Fodéré, Capuron, Orfila, etc.) ; mais il ne s'ensuit pas qu'après dix jours il soit impossible de constater l'accouchement. Outre qu'il est toujours mauvais de limiter à une époque donnée la possibilité d'acquérir les preuves de l'existence de faits qui découlent de la vie, cette induction serait fausse, prise en thèse générale.

Est-il possible d'assigner une époque précise à l'accouchement?

Des recherches faites par M. le docteur Donné sur le lait fournissent quelques documents qui peuvent concourir à la solution de ce problème. Malheureusement elles n'ont pas été faites aussi sur des femmes qui n'allaitaient pas leurs enfants, en sorte qu'elles ne sauraient avoir toute l'application qu'on pourrait désirer.

On sait depuis long-temps qu'en examinant du lait au microscope, on y trouve une multitude de globules sphériques, qui présentent une grosseur variable entre un cinq-centième et un centième de millimètre. Lewenhoeck avait fait cette observation. Quelques observateurs les croient formées par le caséum et la matière grasse du lait. MM. Hodgkin et Lyster les regardent tous comme identiques. M. Raspail pense que les uns sont albumineux et les autres oléagineux. M. Donné croit, au contraire, qu'ils appartiennent tous à la matière grasse du lait.

Sous le rapport de leur organisation, M. Raspail les considère comme étant formés d'une membrane enveloppante et d'une trame celluleuse à l'intérieur. M. Donné, tout en étant porté à admettre leur organisation, n'en a cependant pas acquis la preuve. Il n'y a donc rien encore de positif à cet égard.

Il résulte des observations faites par M. Donné, que le premier lait fourni par les mamelles après l'accouchement, et auquel on a généralement donné le nom de colostrum, contient une certaine quantité de globules, mais ils sont mal formés, irréguliers et disproportionnés entre eux. Quelques uns ressemblent à de larges gouttelettes oléagineuses, et ne méritent pas le nom de globules; c'est évidemment de la substance butyreuse encore mal élaborée. C'est cette matière que l'on voit monter à la surface du colostrum et y former une couche jaune. Il semblerait que les globules n'étant pas encore organisés, le beurre n'éprouve aucune difficulté à se séparer de lui-même. La plupart des autres globules du colostrum sont très petits et forment une poussière au milieu de la

liqueur. Ces globules, au lieu de nager librement et indépendamment les uns des autres, sont pour la plupart liés entre eux par une matière visqueuse, de manière qu'en les faisant circuler sur la lame de verre, ils se déplacent par petites masses agglomérées, au lieu de rouler les uns sur les autres et sans adhérences comme dans le lait pur; le colostrum renferme en outre des particules d'une autre nature, n'ayant aucun rapport avec les globules laiteux ordinaires. Ces corps n'ont pas toujours la forme globulaire, ni même une forme constante; ils sont peu transparents, d'une couleur un peu jaunâtre, et comme granuleux; ils semblent composés d'une multitude de petits grains liés entre eux ou renfermés dans une enveloppe transparente; très souvent il existe au centre ou dans tout autre point de ces petites masses, un globule laiteux emprisonné dans cette matière. M. Donné les croit formés de substance grasse et d'une matière muqueuse particulière, qui ne se trouve plus dans le lait parfaitement organisé. Ainsi le colostrum se présente au microscope sous la forme d'un liquide au milieu duquel nagent de gros globules graisseux isolés des globules opaques ou demi-transparents, ayant parfois à leur centre un globule graisseux; des globules très petits ou corps granuleux réunis, groupés sous la forme de masses plus ou moins opaques, et cet état du lait *persiste jusqu'à la fin de la fièvre de lait.*

Peu à peu le liquide s'éclaircit; le nombre des corps granuleux diminue chaque jour; les globules laiteux prennent une forme plus régulière, mieux déterminée; ils deviennent d'une grosseur plus proportionnée, sans avoir à beaucoup près les mêmes dimensions; puis s'opère un changement important: d'abord réunis en masse et liés entre eux d'une manière confuse, ils se séparent, deviennent libres, et coulent dans le liquide tout-à-fait indépendants les uns des autres.

M. Donné fait observer que toutes ces modifications peuvent s'opérer en plus ou moins de temps; il n'a pu préciser d'une manière absolue l'époque où elles arrivent à leur terme; mais il résume de la manière suivante ces divers changements dans la sécrétion du lait:

Premier jour colostrum jaunâtre, visqueux, demi-transparent, alcalin, composé de globules la plupart agglomérés, très disportionnés entre eux pour la grosseur, mêlés de corps granuleux d'une forme variée, ainsi que de gouttelettes oléagineuses. Ce liquide, traité par l'ammoniaque, se prend tout entier en une masse visqueuse et filante.

Le troisième jour, époque de l'invasion de la fièvre de lait, ce liquide est jaune, ressemble à celui du premier, sauf qu'il contient moins de corps granuleux.

Le sixième jour, le lait est très jaune et bleuit fortement le papier de tournesol rougi. Les globules laiteux sont généralement gros, mais mieux proportionnés entre eux. Il existe encore un certain nombre de gouttes oléagineuses, mais on ne voit pas cette espèce de poussière de petits globules que l'on remarque dans certains laits pauvres. Les masses globulaires agglomérées n'ont pas disparu, mais les corps granuleux deviennent assez rares. Du reste, les globules laiteux sont rares et serrés.

Le septième jour, la couleur du lait est toujours très jaune et la consistance assez grande. On voit encore quelques gros globules huileux, mais le nombre est bien net, bien circonscrit et bien proportionné. Les masses agglomérées disparaissent peu à peu, et les corps granuleux deviennent très rares.

Le dixième jour, le lait étant abondant, est formé de globules très nombreux, très serrés, mais ils diffèrent encore de grosseur.

Le quinzième jour, le lait est d'un beau blanc mat, avec une très légère teinte jaune; on aperçoit de temps en temps un corps granuleux avec quelques petites agglomérations. L'ammoniaque lui communique encore un peu de viscosité.

Enfin le vingt-quatrième jour, le lait est tout-à-fait blanc, riche en globules uniformément proportionnés; il ne contient plus aucun corps étranger. (Donné, *Mémoire sur le lait.*)

Il est à désirer que des recherches analogues soient faites sur des femmes qui n'allaitent pas leurs enfants, afin de voir quel parti la médecine légale peut tirer de la sécrétion lactée comme indication de la date d'un accouchement. On voit néanmoins

que dans certains cas il serait possible de constater un accouchement récent à une époque où les parties génitales n'en offriraient aucune trace.

Nous avons assigné trois périodes distinctes aux suites de couches. Elles sont caractérisées par plusieurs phénomènes particuliers ; et l'existence ou l'absence de tel ou tel phénomène peut donc servir à résoudre la question qui nous occupe : or, cette question a une importance très grande. On trouve un enfant mort ; on reconnaît qu'il a vécu, qu'il porte des traces de violences exercées sur lui ; on le regarde comme le fait de l'accouchement d'une personne que l'on désigne. Il s'agit de prouver qu'il lui appartient, et la coïncidence de l'époque présumée de la naissance de l'enfant avec l'époque présumée de l'accouchement établit une présomption très grande.

C'est dans la troisième période, et surtout au-delà, que le médecin aura beaucoup de difficulté à préciser la date de l'accouchement ; aussi doit-il se renfermer dans une approximation. Plus tard, et lorsque l'instruction aura révélé des faits nouveaux, le tribunal lui posera cette question : L'état dans lequel vous avez trouvé la femme ... peut-il coïncider avec un accouchement qui remonterait à telle ou telle époque? La solution de cette question sera plus facile.

Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?

Cette question offre de l'intérêt en médecine légale, sous ce rapport que les femmes accusées d'infanticide prennent souvent pour prétexte, non seulement l'ignorance de leur grossesse, mais encore celle de leur accouchement. Nous allons spécifier des cas à ce sujet. Nous citerons d'abord en première ligne, l'état comateux, l'apoplexie, l'asphyxie et la syncope, comme pouvant diminuer assez la sensibilité pour que l'accouchement ait lieu sans que la femme en ait connaissance. Il ne peut pas y avoir de doute à cet égard. Le narcotisme, à un certain degré, peut amener le même résultat. On cite à ce sujet l'exemple suivant. La comtesse de Saint-Géran, plongée dans le sommeil par un breuvage narcotique, accouche d'un garçon sans le savoir. Le lendemain, lorsqu'elle s'éveille baignée dans son sang et épuisée par la fatigue : « Où est mon enfant? » s'écrie-

t-elle. Le crime en avait disposé. Les coupables osent nier qu'elle soit accouchée; une femme mercenaire l'avait adopté pour de l'argent, après avoir été subornée par des parents qui voulaient s'approprier tous les biens. (Note de la cinquante-neuvième cause célèbre, tome XXVI.) Hippocrate cite la femme d'*Olympias* comme étant accouchée pendant l'état comateux dans lequel elle était plongée sous l'influence d'une fièvre aiguë. La contraction de l'utérus est en effet indépendante du système musculaire de la vie animale, car elle peut même s'opérer lorsque la mort générale est survenue. Jean Georges *Hoyer*, médecin à Mulhausen, cite l'exemple d'une femme morte en travail, mise dans un cercueil et prête à être enterrée, dont la matrice expulsa un fœtus et une grande quantité d'humeur. Remfer a rapporté onze exemples analogues; Williams Hunter a aussi cité deux filles qui accouchèrent au moment de mourir. Nous pensons qu'il pourrait en être de même d'un accès d'hystérie au troisième degré, alors qu'il y a perte absolue de connaissance, refroidissement du corps, haleine fétide, absence de la respiration et de la circulation, etc., toutefois, ces états exceptionnels ont des bornes: ainsi l'apoplexie, l'épilepsie, la syncope, le narcotisme, n'existent pas toujours au même degré, et les douleurs de l'enfantement sont telles, qu'elles peuvent faire sortir de ces états mêmes la personne qui, dans certaines circonstances, y serait plongée. Le sommeil naturel, par exemple, quelque profond qu'il soit, sera toujours détruit par ces douleurs; et la femme qui viendrait le prétexter ne sera certainement pas recevable dans son excuse. C'est ce que l'on est à même d'observer tous les jours, car les douleurs de l'accouchement prennent très fréquemment la nuit.

Il est d'autres circonstances dans lesquelles la femme, conservant l'intégrité parfaite de ses facultés intellectuelles, peut accoucher sans le savoir : par exemple, celui du besoin d'aller à la garde-robe. On sait que les douleurs de l'accouchement suscitent fréquemment ce besoin. La plupart des femmes sont portées à le satisfaire; et il n'y a pas de doute que beaucoup d'entre elles accoucheraient dans ce moment si on cédait à leurs instances, ainsi que de nombreux exemples l'ont prouvé. Que

l'on suppose donc une femme primipare, chez laquelle la honte du déshonneur soit portée assez loin ; que seule et sans secours, parce qu'elle veut cacher son accouchement, elle aille se placer sur l'ouverture d'une latrine, en y montant au lieu de s'y asseoir, par cela même qu'elle est dans l'impossibilité de le faire à cause des douleurs qui portent sur le siége ; l'enfant va tomber dans les latrines; le cordon se rompra sous l'influence de sa chute, et le crime pourra être regardé comme consommé, alors peut-être qu'il n'eût pas été accompli si la mère avait vu son enfant ! Ce besoin d'aller à la garde-robe est tellement pressant et irrésistible dans quelques cas, que les accoucheurs ont beaucoup de peine à arrêter des femmes qui déjà ont eu plusieurs enfants. Ce sont de ces faits dont il faut bien se pénétrer dans l'intérêt de l'innocence, mais contre lesquels aussi il faut bien se prémunir dans l'intérêt de la vérité. Si la question était posée devant un tribunal et en thèse générale, elle devrait être résolue positivement ; mais le médecin, qui, plus que les magistrats et les jurés, est juge en cette matière, devra demander des éclaircissements pour le cas dont il s'agira ; s'informer de l'âge de l'accusée, de ses antécédents, si déjà elle a eu des enfants, si les autres douleurs de l'accouchement ont précédé pendant un laps de temps plus ou moins long celles qui ont simulé le besoin d'aller à la garde-robe, etc. ; et c'est alors qu'il établira son jugement pour le cas particulier qu'il sera appelé à connaître. Mais, dira-t-on, le médecin ne sortira-t-il pas de son rôle d'expert pour prendre celui de juré ? Non, certainement, car il est seul apte à apprécier un fait qui exige des connaissances spéciales que ne possèdent ni les juges ni les jurés ; et, pour le faire avec conviction et certitude, il faut qu'il soit environné de toutes les données qui peuvent éclairer son jugement.

Quels sont les états ou maladies avec lesquels on peut confondre les suites de l'accouchement? De toutes les affections utérines, rien ne simule mieux des suites de couches que l'expulsion d'une môle, de même que l'existence d'une môle simule la grossesse : douleurs utérines, évacuations sanguines ayant rarement, il est vrai, l'odeur des eaux de l'amnios, mais pouvant cependant la présenter ; contractions de l'utérus ; dilata-

tions des parties génitales ; quelquefois déchirures de la fourchette ; fièvre de lait, mais sans sécrétion de ce fluide ; lochies ; relâchement des muscles abdominaux, gerçures ou vergetures de la peau des cuisses ; dans quelques cas, en un mot, tous les phénomènes et toutes les suites d'un accouchement. Il résulte de là que l'on pourrait confondre cet état avec l'accouchement réel. Dans cette supposition, voyons quel serait le genre de crime dans lequel la méprise serait préjudiciable : ce serait le cas de supposition de part ou celui de la recherche de la maternité ; car l'existence d'une môle aura pu développer tous les caractères d'une grossesse, et, par suite, d'un accouchement. Le médecin doit donc se tenir en garde contre de pareils analogies. Pourrait-on faire la même supposition à l'égard du crime d'infanticide ? Il faudrait alors admettre qu'une personne serait assez perfide pour profiter du moment où une femme aurait rendu une môle, pour l'accuser du crime d'infanticide ; ce qui n'est pas probable, et cependant ce qui est possible. Mais la femme qui fera une déclaration sur l'expulsion d'une môle qu'elle peindra d'une manière plus ou moins exacte, peinture qui ne peut être simulée, fera assez connaître au médecin qu'elle est exacte dans son dire. Il n'en est pas de même dans la supposition de part : ici tout est secret. La femme a d'abord tiré parti des symptômes d'une grossesse qu'elle regarde comme réelle pour lui donner quelque publicité ; puis c'est au moment où, trompée dans son attente, et lorsqu'elle croyait retirer de sa position des avantages réels, qu'elle profite de l'état dans lequel elle se trouve pour supposer la naissance d'un enfant ; alors combien une pareille machination est difficile à conduire à sa fin ! La femme croit à sa grossesse lorsqu'elle éprouve les douleurs qui, d'après sa manière de voir, doivent la rendre mère, elle n'a aucun intérêt à cacher son accouchement. Il faut donc que le hasard l'ait placée dans une circonstance toute spéciale, pour qu'elle accomplisse une idée que son désappointement lui aurait fait naître ; ou bien qu'elle fasse entrer dans son dessein une ou deux autres personnes, et alors le crime est bien peu caché quand un secret d'une si haute importance est confié à des tiers. On voit donc que si au premier abord on a lieu de craindre que le médecin ne com-

mette quelque erreur, cette crainte s'affaiblit de plus en plus, au fur et à mesure que l'on descend dans les détails des faits. Ajoutons, enfin, qu'il est très commun de voir des môles être expulsées de l'utérus après deux, trois ou quatre mois au plus de leur séjour dans cet organe, et qu'il est au contraire très rare de leur voir atteindre le terme de neuf mois, quoique cependant on cite des cas plus rares encore, dans lesquels elles sont restées dans la matrice pendant plusieurs années. On en compte de dix-sept ans ; mais les faits observés à cette époque constituaient-ils bien des môles?

Quelques auteurs ont pensé qu'un polype utérin était capable de fournir un ensemble de phénomènes propres à simuler l'accouchement. Mais d'abord, la plupart des polypes font saillie dans le vagin, et se développent rarement dans la cavité de l'utérus ; en sorte que la grossesse n'aurait pas, dans ce cas, précédé l'accouchement. Ensuite, de deux choses l'une : ou le polype existe, et alors il est facile de démontrer sa présence ; ou il a été coupé, arraché, enlevé de quelque manière que ce soit; dans ce cas, l'écoulement sanguin, sanguinolent, purulent, ou autre, auquel il donnait lieu habituellement, a disparu.

L'expulsion d'hydatides peut avoir quelque analogie avec un accouchement ; mais une femme ne porte pas dans l'utérus, pendant des mois entiers, des tumeurs hydatiques sans que sa santé n'en soit altérée assez notablement pour éveiller l'attention ; elle ne cache pas d'ailleurs sa position ; si même elle a un intérêt puissant à avoir un enfant, elle donne à son accouchement supposé toute la publicité possible ; aussi, ces cas qui sont en apparence des écueils, ne constituent pas réellement des difficultés sérieuses.

Enfin l'évacuation du fluide menstruel, long-temps retenu dans la matrice, peut fournir un groupe de symptômes qui a quelque rapport avec l'accouchement. Observons d'abord qne cette rétention du sang des règles ne survient que chez les jeunes filles, lorsqu'il existe à l'entrée du vagin une membrane hymen imperforée ; que le plus souvent on est obligé de pratiquer une opération pour donner lieu à l'évacuation du

sang, et qu'alors même que des soupçons de grossesse se sont élevés, le témoignage de l'opérateur lève tous les doutes; cependant, ne pourrait-il pas arriver que la membrane hymen se rompît elle-même sous l'influence de la pression du sang, déterminée par des contractions utérines; et une accusation de suppression de part ne pourrait-elle pas être élevée à cette occasion? Mais pour prouver la suppression de part, il faut d'abord montrer l'enfant nouveau-né; et ensuite l'inspection seule des parties génitales envisagées sous le rapport de leur dimension; l'existence de la membrane hymen ou de ses principaux débris, suffiront pour lever tous les doutes. — L'hydropisie de l'utérus offre de l'analogie avec la grossesse; mais elle ne peut pas simuler l'accouchement.

On a quelquefois simulé l'accouchement. Le fait suivant, rapporté par Capuron, est un des exemples les plus remarquables de ce genre. « Une jeune fille avait accordé ses faveurs à un jeune homme, sous la promesse d'un mariage. Voyant reculer de plus en plus l'époque de sa célébration, elle simula une grossesse, et gradua l'accroissement de son ventre de manière à tromper toutes les personnes qu'elle connaissait; et loin de cacher son état, elle le montrait avec ostentation. L'époque de son accouchement étant arrivée, elle répandit deux livres de sang de bœuf dans son lit; resta plusieurs semaines en convalescence, et supposa son enfant en nourrice. S'étant séparée pendant deux ans de son amant, celui-ci vint à réclamer l'enfant dont il avait été le père; elle fut forcée de le refuser obstinément, et fut bientôt accusée de suppression de part. L'affaire ayant été instruite, la jeune fille avoua sa ruse, et raconta avec détails tous les moyens qu'elle avait employés. Elle fut renvoyée, d'après un rapport de MM. Capuron, Maygrier et Louyer Villermay, qui déclarèrent qu'elle n'avait jamais été grosse. »

Une femme accouchée peut-elle être placée dans des conditions telles, qu'elle soit dans l'impossibilité de porter à son enfant des secours propres à lui conserver la vie, ou à le rappeler à la vie? En matière d'infanticide, que l'on appelle communément *par omission*, la femme articule souvent pour excuse l'impos-

sibilité où elle se trouvait de secourir son enfant. Au nombre des causes qui pourraient la placer réellement dans cette situation, nous citerons la syncope, soit par suite de douleurs, soit par suite d'hémorrhagie, et toutes les causes qui permettent que l'accouchement ait eu lieu sans le savoir. L'idiotisme est encore dans le même cas, et, à ce sujet, M. Chambeyron cite l'accouchement d'une idiote entrée depuis peu de jours à la Salpêtrière; elle ne savait prononcer que les syllabes ta, ta; elle déchira elle-même la poche des eaux; l'accouchement fut long et difficile, la mère n'ayant pas même l'instinct naturel à toutes les femelles des animaux, d'aider les contractions de la matrice par celles des muscles du bas-ventre. En vain plusieurs femmes imitaient à ses yeux le mouvement qu'on exigeait d'elle, elles n'ont pu se faire comprendre : au lieu d'utiliser ses douleurs, elle crie, mord les assistants, s'agite en tous sens, et porte sans cesse ses mains aux parties génitales. Un quart d'heure après sa délivrance on lui présente son enfant; elle ne le regarde pas; on ne peut appeler son attention sur lui. Pareille épreuve a été répétée plusieurs fois avec le même résultat.

De l'idiotisme à l'imbécillité plus ou moins grande, il n'y a que des degrés : ces deux états doivent donc être pris en considération par le médecin. Il en sera de même d'une femme primipare, dépourvue de soins et de tout secours, dont l'enfant sorti dans la première ou dans la seconde position de la tête, aurait la face plongée dans le sang écoulé; ne pourrait jeter aucun cri propre à tirer la mère de l'état de faiblesse où l'ont placée les douleurs de l'accouchement; il est alors facile de concevoir qu'il y ait pu avoir abandon non volontaire des soins propres à rappeler l'enfant à la vie. Williams Hunter cite une lady dont l'enfant se trouva placé dans la condition que je viens de supposer.

La mère et l'enfant périssant pendant l'accouchement, quel est celui des deux qui a survécu? On comprend de suite quelle est la portée d'une pareille question, puisque la survie peut ouvrir deux portes différentes à la succession. Cette question, qui s'est présentée deux fois à l'observation, est bien difficile à résoudre, et même souvent sa solution est impossible; les circonstances

spéciales de l'accouchement peuvent seules éclairer le médecin à ce sujet. Une mère et son enfant perdent la vie dans un accouchement long et laborieux, sans qu'on ait eu le soin de remarquer lequel des deux avait survécu; des médecins célèbres après avoir considéré d'un côté la faiblesse de l'enfant qui avait eu tant de peine à naître, de l'autre, l'épuisement de la femme par la longueur et la difficulté du travail, décidèrent que la mère était morte la première à cause de cet épuisement. (*Pandectes de médecine légale*, par Michel-Bernard Valentini.) La chambre impériale de Wetzlar décida, sur une semblable question, que la mort de la mère avait dû précéder celle de l'enfant : 1° parce que la mère avait été affaiblie par le travail de l'accouchement; 2° parce que l'enfant n'avait pu périr qu'après avoir été privé, par la mort de la mère, de l'aliment qu'elle lui fournissait. (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris.*) En thèse générale ces deux décisions nous paraissent fondées, non sur les motifs énoncés dans le second jugement, mais plutôt sur celui qui est articulé dans le premier. Voici quelques données sur lesquelles le médecin pourra appuyer son jugement. Il faut s'enquérir, 1° si la mère a senti les mouvements de son enfant jusqu'à une époque très voisine de l'accouchement; 2° si le fœtus porte des traces qui indiquent qu'il soit mort dans le sein de sa mère (*voyez* INFANTICIDE); 3° s'il offre des indices d'un état anémique, exsangue, coïncidant avec des traces d'une hémorrhagie utérine; 4° si au contraire il présente des phénomènes d'asphyxie des nouveaux-nés; 5° s'il a respiré; 6° si le cordon était entortillé ou non autour du cou; 7° si la délivrance a été effectuée; 8° si la sortie de l'enfant a été complète ou incomplète; 9° à quel genre de mort la mère a succombé, ainsi que l'enfant. Faisons quelques suppositions afin de voir le parti que l'on pourrait tirer de ces renseignements. On trouve un enfant incomplétement expulsé, le cordon entortillé autour du cou et le serrant avec force; il y a tout lieu de croire que la mort de l'enfant a précédé celle de la mère. — L'enfant est exsangue; le placenta est à moitié décollé dans une partie de son étendue, le reste étant très adhérent; des caillots de sang existent dans le lit, dans le

vagin et entre la portion du placenta décollée et la surface interne de l'utérus; la grossesse n'est pas à son terme: il y a lieu de croire que la mort de l'enfant a précédé celle de la mère; car il a dû périr d'hémorrhagie, et la quantité de sang perdu lui aura certainement été plus funeste, dans un espace de temps donné, qu'elle a pu l'être pour la mère. — L'enfant est trouvé engagé dans les parties génitales; la tête seule est sortie; le cou est serré par la vulve; il a encore péri le premier, et il est mort d'asphyxie ou de congestion cérébrale. — L'enfant est expulsé en totalité; la bouche baigne dans le sang: il y a quelques raisons de croire que la mort de la mère a précédé celle de l'enfant; mais il peut y avoir doute dans ce cas, puisque l'enfant a pu périr d'asphyxie pendant que la mère était dans un état de syncope. — L'enfant a été totalement expulsé, il présente des indices d'une respiration imparfaite, en même temps qu'il offre un état d'asphyxie: il a alors très probablement survécu à la mère. — L'enfant est engagé, et avec lui le cordon ombilical: sa mort a précédé celle de sa mère. — La mère était atteinte d'une maladie aiguë: la mort de l'enfant a dans ce cas précédé, le plus souvent, celle de la mère, parce que l'enfant est toujours influencé par la maladie de la mère, et qu'il la supporte moins. — L'enfant présente une hépatisation rouge ou grise des poumons, ou un vice de conformation tel, qu'il n'est pas viable: voilà autant de cas où la mère aura survécu à l'enfant.

En résumé, les circonstances d'un accouchement peuvent être si différentes, qu'il est impossible de prévoir tous les cas qui pourraient se présenter à l'observation; nous avons choisi les plus saillants, ceux qui offrent le moins de difficultés, et cependant nous n'avons pas toujours pu résoudre affirmativement la question. On ne saurait donc trop s'entourer de documents, et apporter trop de soins à peser chacune des circonstances du fait. Quant à la question de savoir si les motifs sur lesquels la chambre impériale de Wetzlar s'est appuyée sont fondés, nous dirons que si le premier est assez juste, le second est tout-à-fait faux, puisqu'il est bien reconnu que l'enfant peut vivre encore assez long temps dans l'utérus, même après la mort de la mère. Enfin, dans les cas douteux, la loi est là

pour trancher la difficulté ; et elle est basée sur un principe assez vrai : à savoir, que la force de l'âge et le sexe déterminent alors la survie. Par conséquent, si la mère et l'enfant viennent à périr pendant l'accouchement, la présomption de survie sera en faveur de la mère, si elle est au-dessous de soixante ans ; car, passé cet âge, l'enfant serait au contraire présumé avoir survécu, d'après la disposition suivante de l'article 721 du Code civil : « Si les uns ont moins de quinze ans et les autres plus de soixante, les premiers seront présumés avoir survécu. »

Une femme est-elle jamais accouchée ou a-t-elle été enceinte? — L'accouchement à terme laisse sur les femmes des traces plus ou moins indélébiles de son existence. Dans la recherche de la maternité, dans la suppression de part opérée par une main étrangère, des médecins peuvent être consultés sur le fait de savoir si un accouchement a eu lieu à une époque plus ou moins reculée. Ces signes sont de deux espèces ; les uns dépendent du développement qu'a subi l'abdomen, et par conséquent de la grossesse; les autres du fait de l'accouchement. Les premiers sont 1° une ligne brune s'étendant de l'ombilic au pubis; mais nous avons fait remarquer que cette ligne n'était pas constante chez toutes les femmes; 2° la flaccidité de la peau de l'abdomen : ce phénomène manque chez les jeunes femmes d'une bonne constitution, assez grasses, à chairs fermes, lorsqu'elles n'ont eu qu'un seul enfant; 3° les rides de l'abdomen : mais ils peuvent être le résultat de l'amaigrissement ; 4° les cicatrices, coutures ou vergetures de la peau des aines et des cuisses : ce sont les phénomènes les plus constants; mais comme ce n'est là qu'un effet purement mécanique, toute distension de la peau par une tumeur abdominale, une hydropisie, peut le produire ; néanmoins il sera concluant alors qu'il aura été démontré que jamais la personne examinée ne s'est trouvée dans les conditions que je viens de signaler en dernier lieu ; 5° l'écartement de la ligne blanche : il rentre dans les conditions du caractère précédent.

Les signes qui se déduisent du fait de l'accouchement sont moins nombreux. Le premier est l'absence de la fourchette : mais l'abus du coït, surtout si la femme a les parties génitales

peu développées et de petite dimension, peut amener une extension telle de ces parties, qu'elle ait disparu sans avoir été déchirée; le second, fort rare, est une cicatrice au périnée : caractère qui ne se trouvera pas une fois sur mille; le troisième consiste dans la difformité du col utérin, qui est divisé par une fente transversale en deux lèvres souvent entrecoupées ou échancrées, dont l'antérieure est plus longue et plus épaisse que la postérieure. Ce caractère peut être aussi bien le résultat d'un engorgement accidentel de l'organe que d'un accouchement. Nous en dirons autant de l'augmentation de volume de l'utérus. Le quatrième est l'existence du *corpus-lutheum* : mais ce signe, qui est un phénomène de fécondation, n'entraîne pas nécessairement avec lui l'idée d'une grossesse avancée et surtout d'un accouchement; d'ailleurs il ne peut être vérifié que par l'ouverture du corps. Enfin, on a cité la sécrétion du lait comme une preuve d'accouchement. Les faits suivants donneront la mesure de ce caractère dans certains cas. On cite une fille d'Alençon qui donnait son sein à un enfant qu'on lui avait confié, pour l'empêcher de crier pendant la nuit et de troubler son repos. M. Capuron rapporte l'exemple d'une femme sexagénaire qui eut encore assez de lait pour nourrir deux jumeaux dont la mère était morte en couches (*voyez* page 477 pour les caractères distinctifs du lait après l'accouchement).

On voit dans ce résumé : 1° que la question que nous avons posée ne pourra être résolue par l'affirmative qu'avec cette restriction, pourvu qu'il soit prouvé que la personne n'a jamais été affectée de telle ou telle maladie; 2° qu'il sera presque toujours possible d'affirmer qu'une femme n'est jamais accouchée; mais que l'on ne pourra pas toujours assurer qu'une femme n'a jamais été enceinte.

Une femme est-elle accouchée plusieurs fois? — J'ai été chargé en décembre 1837, ainsi que M. Ollivier d'Angers, de déterminer si une femme était accouchée deux ans auparavant. Voici dans quelles circonstances. Une domestique qui servait dans les environs de Paris avait eu des rapports intimes avec un homme de son pays. Elle avait pu dissimuler sa grossesse, non

sans laisser naître cependant quelques soupçons sur son état. Elle accouche chez une de ses amies, revient aussitôt chez ses maîtres, prétexte une longue indisposition pour se livrer avec moins d'assiduité à son travail, et peu à peu revient à une santé parfaite, en même temps que son ventre reprend son volume ordinaire. Elle quitte bientôt la maison où elle sert, retourne dans son pays, redevient enceinte et accouche d'un enfant qu'elle allaite.

A deux ans de date du temps où l'on avait conçu quelques soupçons sur sa première grossesse, on vient à réparer la maison des maîtres où elle avait servi; on trouve entre les tuyaux parallèles de deux cheminées qui traversaient un grenier, le corps d'un enfant en partie réduit à l'état de squelette, en partie saponifié. On reconnaît que sa mort peut remonter à deux ans. Il nous fut impossible, comme on le pense bien, de résoudre la question qui nous était soumise. Nous reconnûmes que la femme était accouchée, mais quant à la date de l'accouchement, nous ne pouvions rien préciser à cet égard.

Conduite que le médecin doit tenir lorsqu'il est appelé à résoudre chacune des questions que nous nous sommes posées, par rapport à l'accouchement.

Ici, comme pour la grossesse, il y a deux suppositions à faire : ou la femme a intérêt à cacher qu'elle est accouchée, ou elle veut simuler l'accouchement. Dans le premier cas, elle aura soustrait tous les indices d'un accouchement récent, tels que linges tachés, placenta, enfant, etc.; dans le second, au contraire, elle aura accumulé toutes les preuves qu'elle aura pu se procurer pour donner le change. Dans la première supposition, l'expert pourra, à son entrée dans la chambre, être frappé par une odeur d'eaux de l'amnios, de lochies, qui est souvent très caractéristique. La femme sera debout, ou elle feindra une indisposition passagère qui la tient au lit; mais, quoi qu'il arrive, si l'accouchement est récent, il trouvera la femme plus ou moins pâle, décolorée, et dans cet état d'abattement et de langueur qui suit ordinairement une perte abondante de sang. Toutefois je me garderais bien de présenter

cet état comme général ; on sait en effet que beaucoup de femmes se lèvent le lendemain même de leurs couches, c'est ce qui a lieu surtout à la campagne ; mais comme les expertises de ce genre concernent le plus souvent des femmes primipares, mon observation n'en est pas moins fondée, en thèse générale. — Le médecin fera coucher la malade ; il portera d'abord son attention sur l'état des seins, afin de s'assurer s'ils sont engorgés ; s'il sécrètent du lait, ce dont il jugera en les comprimant de leur base à leur sommet, en titillant le mamelon, et même il sera autorisé à exercer sur lui des succions propres, comme le disent les nourrices, à faire monter le lait. — Il examinera alors la chemise que porte la malade pour y rechercher des taches de sang ou de matières jaunâtres. Il palpera l'abdomen, et explorera la peau de cette partie pour y rechercher des plis, des gerçures, des apparences de cicatrices ou fendillements du derme. Il notera la flaccidité de la peau ; il promènera ses doigts le long des muscles droits, afin de juger de leur écartement ; il examinera le nombril, qui fait quelquefois saillie, et qui prend souvent la forme extérieure d'un entonnoir lorsque l'accouchement a eu lieu, tandis que chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant il est ordinairement enfoncé et retiré en arrière. La mobilité de la peau du ventre sur les muscles sera prise en considération. Enfin il palpera l'abdomen de manière à constater la présence d'une tumeur formée par la matrice qui n'est pas encore revenue sur elle-même assez complétement pour qu'on ne puisse la sentir en déprimant fortement la région hypogastrique. En même temps que ces pressions seront exercées, un doigt devra être introduit dans le vagin pour mieux juger du volume de l'utérus. — Il passera ensuite à l'examen des parties génitales, il notera leur développement en volume et en largeur ; la dilatation du vagin et sa longueur ; la turgescence des grandes lèvres et des petites lèvres ; celle de la membrane muqueuse vaginale ; l'état du col de l'utérus, le volume de ses lèvres, leur forme, son degré d'ouverture ; la longueur du col de la matrice ; la facilité que l'on peut éprouver à y introduire le doigt ; la nature de la matière qui s'écoule des parties génitales, son odeur ; enfin, l'état fébrile général, s'il existe. C'est

en ayant égard à toutes ces circonstances qu'il pourra dresser un tableau duquel il tirera des conséquences sur l'existence ou l'absence d'un accouchement récent, ou sur l'absence de tout accouchement.

Dans ce dernier cas, il faut de plus porter toute son attention sur la nature des taches qui sont soumises à l'observation. Si, par exemple, une femme avait répandu dans son lit ou sur des linges une grande quantité de sang de bœuf ou de cochon, l'expert devra faire saisir immédiatement ces linges pour les soumettre à l'expertise chimique. Il serait en effet quelquefois *possible* d'arriver à démontrer quelle est la nature du sang répandu, ainsi que l'ont prouvé les recherches de M. Barruel. (Voy. *Taches de sang.*)

CHAPITRE XV.

DE LA PATERNITÉ, DE LA MATERNITÉ, DES NAISSANCES PRÉCOCES ET TARDIVES, DE LA SUPERFÉTATION.

Code civil, art. 340. — La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de la conception, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant.

Le médecin peut être consulté dans le cas de l'article 340, à l'effet de déterminer si l'âge de l'enfant se rapporte à l'époque de l'enlèvement. Cette question peut se rattacher à un enfant nouveau-né ou à celui qui est déjà d'un âge plus ou moins avancé dans la vie; mais dans les deux cas il ne s'agit que d'une détermination d'âge; nous renvoyons donc à ce que nous dirons à ce sujet lorsque nous traiterons de l'infanticide (détermination de l'âge chez l'enfant nouveau-né), et aux faits que nous exposerons quand nous traiterons des questions relatives à l'identité en général et aux autres données que nous fournirons en traitant des questions d'identité.

Cependant les auteurs de médecine légale ont soulevé la question suivante à l'occasion de la paternité; elle doit fixer notre attention. Une femme, veuve depuis un ou deux mois, se marie, quoique l'article 228 du Code civil dise expressément que « la femme ne peut contracter un nouveau mariage qu'après dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent. » Elle accouche avant la fin du dixième mois écoulé depuis l'époque de la dissolution de son premier mariage : il s'agit de déterminer lequel, du premier ou du second mari, est le père de l'enfant? M. Orfila fait observer que, d'après la législation actuelle, l'enfant appartient aussi bien à l'un qu'à l'autre des maris. « En effet, dit-il, il est légitime s'il naît entre le sixième et le dixième mois (art. 312, 313, 314 et 315 du Code civil); on peut donc le regarder comme fils du premier mari, parce

qu'il est né avant la fin du dixième mois, à dater du jour de la mort de ce dernier; ou le considérer comme appartenant au second mari, s'il est né après le sixième mois du second mariage. »

Mais il nous semble qu'une pareille question ne peut pas être soulevée. En effet, le second mari pourrait seul contester la légitimité de l'enfant (art. 312), en prouvant qu'il était, par une des trois causes énoncées dans cet article, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme; car du moment que la femme a contracté un nouveau mariage, ce n'est plus la législation du veuvage qui la régit, mais bien celle du mariage. Si donc le second mari désavouait l'enfant, celui-ci serait de fait reconnu appartenir au premier. M. Capuron, après avoir discuté longuement tous les faits et raisonnements pour et contre, arrive au même résultat. « Nous avons cru pouvoir hasarder notre opinion sur cette question épineuse, dit-il; nous n'avons point trouvé qu'elle ait été encore résolue par les tribunaux; et la police sévère qu'on observe relativement aux mariages fait présumer qu'elle ne se présentera pas de long-temps. » (*Méd. légale relative à l'art des accouchements*, page 291.)

Ce n'est donc pas, suivant nous, une difficulté. On ne peut pas être régi par deux législations à la fois. Si une femme est veuve, elle est soumise aux lois qui s'appliquent au veuvage; si elle est mariée, elle est régie par les lois relatives au mariage.

Cod. civil, art. 541. — La recherche de la maternité est admise. — L'enfant qui réclamera sa mère sera tenu de prouver qu'il est évidemment le même que l'enfant dont elle est accouchée. Il ne sera reçu à faire cette preuve par témoins que lorsqu'il aura déjà un commencement de preuve par écrit.

L'article 341, qui se rapporte à la maternité, soulève seulement des questions d'identité (*voy.* ce chapitre). Ces questions peuvent être agitées à la suite d'une exposition, d'une suppression, d'une supposition ou d'une substitution d'enfant (*voyez* page 512), ou lorsqu'une personne se dit le fils d'une femme qui n'est jamais accouchée; ou enfin lorsqu'un aventurier se

prétend l'enfant d'une personne dont le véritable fils a disparu ou est réputé mort. Nous n'avons donc pas, quant à présent, besoin d'en traiter à part. (*Voy.* les divers chapitres relatifs à l'identité, l'exposition, la suppression, la supposition et la suppression d'enfant.

DES NAISSANCES PRÉCOCES ET TARDIVES.

Code civil, art. 312. —L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari.

Néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que pendant le temps qui a couru depuis le *trois-centième* jusqu'au *cent-quatre-vingtième* jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit *par cause d'éloignement*, soit par l'effet de *quelque accident*, dans l'impossibilité physique de *cohabiter* avec sa femme.

Code civil, art. 314. — L'enfant né le *cent-quatre-vingtième* jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants : 1° s'il a eu *connaissance de la grossesse* avant le mariage; 2° s'il a *assisté* à l'acte de naissance, et si cet acte est *signé* de lui, ou contient sa déclaration qu'il *ne sait signer;* si l'enfant n'est pas déclaré viable.

Code civil, art. 315. — La légitimité de l'enfant né *trois cents jours après* la dissolution du mariage pourra être contestée.

D'après ces divers articles de loi, la paternité est fixée par le fait du mariage (1er § de l'art. 312). La loi n'a pas cependant prétendu couvrir de ce manteau le scandale et le libertinage. L'enfant viable, né pendant le mariage, n'est réputé légitime qu'autant que sa naissance arrive au cent-quatre-vingtième jour, depuis le mariage, ou à six mois révolus; ou bien qu'autant que sa naissance ne survient pas après le trois-centième jour, ou dix mois révolus depuis le mariage.

Le mari peut désavouer l'enfant s'il survient viable au cent-soixante-dix-neuvième jour après celui du mariage, ou s'il naît le trois-cent-et-unième jour; il est entendu que d'après l'art. 312 du Code civil, il aura fourni la preuve qu'il était dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme pendant les six derniers mois de la grossesse.

Le cas de l'art. 314 se réfère *à la date* du mariage seulement; le mari n'a donc, dans ce cas, aucune preuve à faire d'impossibilité de cohabitation avec sa femme, il n'y a ici qu'une supputation de temps.

Il résulte de cette disposition que les naissances précoces sont invariablement fixées à six mois, et que *durant le mariage*,

les naissances tardives sont invariablement fixées à dix mois. Encore faut-il qu'il soit prouvé 1° que le mari n'a pas eu *connaissance de la grossesse* avant le mariage ; 2° qu'il n'a pas assisté à l'acte de naissance ni signé cet acte ; 3° que l'enfant soit déclaré *viable*.

D'où il suit, pour les naissances précoces, qu'une femme qui pendant les trois mois précédant son mariage aurait pu cacher sa grossesse, et qui accoucherait environ au cent-quatre-vingtième jour dudit mariage, donnerait naissance à un enfant qui ne serait pas légitime par le fait seul de ce mariage, puisque le mari aurait droit au désavœu dans les trois cas prévus par l'art. 314 du Code civil.

L'enfant qui naît à une époque qui n'est encore que le cent-quatre-vingtième jour du mariage ne peut être désavoué par le mari si cet enfant n'est pas déclaré viable. Le législateur n'a pas voulu donner le scandale inutile d'un désaveu de paternité pour un enfant qui, par cela seul qu'il n'est pas déclaré viable, rend incertaine l'époque de sa conception, et qui d'ailleurs ne peut jamais avoir de droits sur la succession de son père, puisqu'il n'a pas vécu.

Pour les naissances tardives, la législation offre cependant des avantages réels sur celle qui l'a précédée, puisqu'elle accorde à la présomption toujours favorable de la légitimité de l'enfant toute la latitude compatible avec les règles ordinaires de la nature et les données de la science médicale, et qu'elle ne laisse rien à l'arbitraire.

Nous pouvons donc considérer comme fixées les naissances précoces et les naissances tardives qui ont lieu durant le mariage. Il en est de même à l'égard de celles qui se rencontrent après la dissolution du mariage, par la mort du mari, ou par toute autre cause.

Le Code dit à ce sujet : « La légitimité de l'enfant né trois cents jours après la dissolution du mariage pourra être contestée. » Cela signifie que cet enfant sera regardé comme légitime si personne ne réclame ; mais aussi qu'il devra être déclaré illégitime s'il s'élève des contestations, et s'il est prouvé qu'il

est né trois cents jours après la dissolution du mariage; il ne peut donc pas y avoir incertitude dans les deux cas.

Cependant, les naissances tardives ayant été le sujet d'un grand nombre de recherches, et ayant fixé l'attention des hommes du plus grand mérite, vers le milieu du siècle dernier, à l'occasion d'une cause plaidée par le célèbre avocat Gerbier, nous croyons devoir présenter d'une manière succincte les faits qui peuvent l'éclairer.

Haller, Bertin, Lieutaud, A. Petit et Lebas, Vicq-d'Azyr, Roussel, partisans des grossesses tardives, furent vivement combattus par Bouvart, Hebenstreit et Louis. Ce dernier, ainsi que Bouvart, sont partis d'un point de départ qu'il est difficile de ne pas prendre pour terme de comparaison, en observant ce qui a lieu à l'égard des animaux, et en concluant des animaux à l'homme. Mais malheureusement les observations de Buffon, qui leur avait servi de terme de comparaison, n'étaient pas exactes; et ainsi s'est écroulé tout l'échafaudage qu'ils avaient élevé à ce sujet. Suivant Buffon, les juments et les ânesses portent constamment onze mois; les vaches, neuf; les biches, huit; les brebis et les chèvres, cinq; les chiennes, deux; les hazes et les lapines, un. D'une autre part, d'après les expériences de Réaumur, les œufs de poule éclosent en vingt-un jours; ceux de serin, de onze à douze jours; ceux de dinde, au bout de vingt-huit jours. Ils avaient donc dû établir en principe, que les lois de la nature sont constantes et immuables, et partant, que la femme doit accoucher dans les premiers jours du dixième mois, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas dépasser le deux-cent-quatre-vingtième jour fixé par Hippocrate.

Willer (*Journ. de Méd.* Janv. 1776, p. 35) fit voir que dans un four à poulet, l'éclosion des œufs peut varier entre dix-huit à vingt-cinq jours.

Des observations plus récentes faites par Tessier, membre de l'Académie des sciences de l'Institut, prouvent que les naturalistes, et Buffon en particulier, ont commis des erreurs à ce sujet. Sur cent soixante vaches observées par Tessier, quatorze ont donné leur veau du 241ᵉ jour au 266ᵉ; trois, le 270ᵉ jour; cinquante, du 270ᵉ au 280ᵉ; soixante-huit, du 280ᵉ au

290e; vingt, le 300e; cinq, le 308e, ce qui donne une différence de soixante-sept jours dans les naissances, en comparant le terme le moins long, avec celui qui l'est le plus.

Sur cent deux juments observées, trois ont pouliné le 311e jour; une, le 314e; une, le 325e; une, le 326e; deux, le 330e; quarante-sept, du 340e au 350e; vingt-cinq, du 350e au 360e; vingt-une, du 350e au 377e; et une, au 394e jour. Il existe donc une différence de quatre-vingt-trois jours entre les deux extrêmes. Le terme le plus communément observé est, pour les vaches, de 9 mois 10 jours, et pour les juments, de 11 mois 10 jours. Que si maintenant on compare le temps de la gestation de ces animaux à celui de la femme, on a, dans les vaches, un terme absolument semblable, et on sera conduit à admettre de grandes variations dans la durée, puisque sur cent soixante vaches observées, il y a eu entre elles une différence de soixante-sept jours. On remarquera aussi que sur cent soixante vaches, cinq seulement ont dépassé de huit jours le 300e, et l'on devra regarder alors comme très sage la disposition de la loi qui assigne trois cents jours pour la légitimité des enfants pendant le mariage. Mais on pourra peut-être dire qu'il n'est pas rationnel de conclure de ce qui se passe chez les vaches, à ce qui peut s'opérer chez les femmes. Je ferai sentir que, dans cette comparaison, tous les avantages sont du côté de ces dernières. La gestation n'est pas troublée chez les animaux par les causes qui peuvent opérer des changements chez les femmes; ils sont moins sujets aux maladies, parce qu'ils sont moins exposés aux causes qui les produisent : les influences morales sont nulles; il en est de même des influences sociales; l'acte du coït ne vient pas chez eux troubler la gestation. Or, chez la femme, tous ces agents de trouble constituent des prédispositions à l'accouchement; ils ne peuvent qu'en hâter l'approche, et souvent même ils le déterminent.

Nous croyons qu'en général une femme accouche à la neuvième époque de la menstruation qui s'est écoulée depuis le moment de la conception; qu'elle ne peut guère dépasser la dixième, lorsqu'un mois s'éoule entre chacune d'elles. On ne saurait toutefois énoncer cette proposition d'une manière tout-

à-fait absolue. *Désormeaux* a rapporté le cas suivant : une dame tombée en démence et mère de trois enfants avait épuisé vainement toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique. Un médecin pensa qu'une nouvelle grossesse rétablirait peut-être les facultés intellectuelles. Le mari consentit à noter sur un registre le jour de chaque union sexuelle, qui n'eut lieu que tous les trois mois, afin de ne pas troubler une conception encore imparfaite. Or, cette dame, gardée par ses domestiques, douée en outre de principes de religion et de morale extrêmement sévères, n'accoucha qu'à neuf mois et demi.

La question des naissances tardives agitée de nouveau à Londres, en 1825 et 1826, devant la chambre des lords, a été résolue par l'affirmative. Vingt-cinq médecins furent appelés ; dix-sept donnèrent pour terme de la grossesse la 39e ou la 40e semaine, 270e ou 280e jour. Quelques uns pensèrent qu'Elisabeth Adderley, femme du lord Hyde Gardner, avait pu accoucher le 311e jour. M. Blundell cita l'exemple d'une grossesse de 287 jours. M. Mériman dit en avoir vu plusieurs de 285 et de 287 jours, deux ou trois de 296, une de 303 et une de 309. M. Dewees en cita une de 383 jours. M. Velpeau rapporte le cas d'une femme grosse de quatre mois, chez laquelle il distingua les mouvements actifs et passifs du fœtus, et où le travail se déclara au neuvième mois ; mais il fut suspendu pour reparaître trente jours après : l'accouchement n'eut lieu que le 310e jour. — Ne serait-il pas possible d'admettre que ce qui a lieu pour les grossesses extra-utérines, ne puisse aussi se rencontrer pour les grossesses intra-utérines ? Dans certaines grossesses extra-utérines, lorsque la neuvième époque de la menstruation est arrivée, il se manifeste ordinairement un travail d'accouchement ; la femme éprouve, pendant un laps de temps plus ou moins long, plusieurs heures, un, deux ou trois jours, tous les phénomènes qui le constituent. Peu à peu ces phénomènes disparaissent, et la personne rentre dans les conditions où elle se trouvait auparavant. C'est probablement à cette époque, dans ces cas, qui sont les plus heureux, que meurt le fœtus ; au moins il cesse de s'accroître, car dans toutes les observations de très anciennes grossesses de ce genre, le fœtus n'a jamais

présenté un volume plus considérable que celui qui lui est propre à l'époque de neuf mois, et il a même offert le plus souvent un volume moindre. Du reste, le travail de l'accouchement, à cette époque, est constaté dans les observations qui ont été recueillies. Telles sont celles 1° de la femme de Sens, qui sentit au terme ordinaire toutes les indispositions qui précèdent et accompagnent l'accouchement, la rupture des membranes, l'écoulement des eaux, etc. (fœtus resté vingt-huit ans); 2° celle de Dôle, en Franche-Comté, chez laquelle, au neuvième mois, se déclarèrent tous les signes d'un accouchement prochain, et qui conserva jusqu'à sa mort, survenue après quinze ans, le fœtus qu'elle portait. L'enfant, ajoute-t-on, bien conformé, n'avait que la grosseur d'un enfant de neuf mois; 3° le fœtus de Toulouse, dont François Bayle, médecin de cette ville, a donné l'observation détaillée, et qui a été porté vingt-cinq ans. Sa mère avait eu dix autres enfants; au terme de cette onzième grossesse, elle se sentit pressée par les douleurs ordinaires de l'enfantement et rendit une partie des eaux; 4° Bautrin rapporte, d'après Félix Platérus, l'histoire d'un enfant qui est resté quinze mois dans le ventre de sa mère; au neuvième, il y eut une disposition à l'accouchement. Deux mois après, on commença à s'apercevoir d'un écoulement de matières putrides; la femme tomba en consomption, et mourut enfin par la gangrène qui s'empara du bas-ventre: elle avait trente ans, et elle était à sa cinquième grossesse; 5° enfin, nous citerons encore le cas qui a fourni à Bartholin l'occasion de traiter des voies extraordinaires de l'accouchement: la femme, qui était à sa quatrième grossesse, étant parvenue au terme de neuf mois, eut des douleurs et fut deux jours entiers en travail; les douleurs se dissipèrent complétement, et après six semaines elles se renouvelèrent. Cinq ans plus tard, il se forma un abcès à l'ombilic, qui donna issue à quelques portions osseuses; des abcès se succédèrent en plusieurs points de la circonférence du bas-ventre et en différents temps, le dernier au bout de dix-neuf ans. La femme échappa à tous les dangers qu'elle avait courus, et finit par jouir d'une bonne santé.

Ces diverses observations viennent évidemment à l'appui de

notre manière de voir. Notre opinion rend compte des variations possibles dans les époques de l'accouchement, quoiqu'il ait lieu à terme. Elle s'accorde parfaitement avec ce que l'on a observé chez les vaches; ce que démontre le calcul suivant : sur 160 cas, 136 où ces animaux ont mis bas du 270e au 300e jour, c'est-à-dire avec une différence d'un mois, 5 seulement ont dépassé ce terme de 8 jours; 17 il est vrai ont donné leur veau plus tôt, c'est-à-dire du 241e jour au 266e, termes entre lesquels il y a une différence de 25 jours; mais ne peut-on pas réellement considérer comme imparfaites des portées de ce genre? D'ailleurs, tous les accoucheurs ne comptent pas autrement l'époque probable des couches. Ils se règlent sur la neuvième époque à partir de la suppression des règles.

En résumé, nous pensons que l'époque de l'accouchement est susceptible d'offrir des variations, mais que la gestation a un temps limité qu'elle ne peut pas dépasser sans un état contre nature; que ce terme ne doit pas aller au-delà de la dixième époque de la menstruation. C'est ainsi que nous comprenons la loi constante et immuable admise par tous les partisans des naissances non tardives. Nous concevons difficilement la possibilité des naissances tardives au-delà du terme de dix menstruations ou dix mois. Toutefois, ce n'est qu'une opinion, qu'une idée que nous adoptons, parce qu'elle nous paraît rationnelle; car notre conviction n'est pas basée sur les observations personnelles que nous avons faites, mais sur la lecture des faits qui ont été recueillis à cet égard, et qui ont été l'objet de discussions.

Il est des femmes qui sont réglées toutes les trois semaines, d'autres tous les quinze ou dix-huit jours. Comment se comportent les grossesses dans ce cas? quel est leur terme? C'est chez ces femmes qu'il serait curieux d'observer la durée de la grossesse. Serait-ce chez celles-là que les accouchements auraient lieu avant terme? Ce sont des recherches à faire. La question des naissances tardives existe encore tout entière. Ce peut être le sujet d'un très beau travail.

Nous avons émis des présomptions, des probabilités, à l'occasion des naissances tardives; nous avons fait connaître notre

opinion à ce sujet; reproduisons actuellement les arguments pour et contre qui ont été mis en avant à l'égard de cette question.

Autrefois il n'existait pas de lois qui la jugeassent; aussi les motifs des jugements étaient-ils basés plutôt sur des données morales que sur des données médicales. Fodéré a rassemblé ces divers jugements dont nous allons donner un résumé. Sur treize jugements portés dans les années 1578, 1626, 1632, 1649, 1653, 1656, 1664, 1695, 1705, 1756, 1768, 1779 et 1808, six ont déclaré l'enfant illégitime; six, légitime; le treizième jugement n'est qu'un interlocutoire. Sur les six jugements de légitimité, un a été appuyé sur ce que le mari absent a pu revenir. Dans les autres, la moralité de la femme a fait foi.

Les antagonistes des naissances tardives sont, Hippocrate, Vaternes, Dyonis, Mercatus, Amman, Diemerbroeck, Hebenstreit, Zacchias, Boerrhaave, de Haller, Bartholin, Bouvart, Louis, Morand, Foubert, Pigray, Courtavoz, Delafaye, Bordenave, Goursaud, etc.

Les partisans des naissances tardives sont, Aristote, Schenckino, Spigelius, Haller, Bertin, Lieutaud, A. Petit, Mauriceau, Lebas, Orfila, etc.

Hippocrate a fondé sa manière de voir principalement sur la confiance qu'il accordait au nombre de sept, à l'égard de tous les phénomènes naturels. Il admettait sept quaternaires dans la gestation, ou deux cent quatre-vingts jours, ou neuf mois dix jours. Le premier était destiné, suivant lui, à l'incubation du fœtus; le deuxième, le troisième et le quatrième à sa perfection; le cinquième, qui correspond à six mois vingt jours, était le temps le plus propice à la sortie de l'enfant; le sixième, qui est généralement défavorable dans les maladies, était considéré par lui comme défavorable à la mère et à l'enfant; il équivaut au huitième mois; enfin, le septième, égalant neuf mois dix jours, était celui où le fœtus avait acquis son plus haut degré de perfection. Toutefois, comme Hippocrate a compté dans certains cas d'après les mois lunaires, et dans d'autres d'après les mois solaires, il s'ensuit qu'il a été compris dans le nombre des partisans et des antagonistes des naissances tardives.

Les antagonistes des naissances tardives établissent, en principe, que la nature est immuable dans ses actes; que la portée, chez tous les animaux, ne subit jamais de variations; que le fœtus, parvenu à un certain degré de développement qu'il peut toujours acquérir dans un intervalle de neuf mois, devient un corps étranger qui agit mécaniquement sur les parois de l'utérus et provoque son expulsion; semblable en cela au poulet qui, en se formant dans le jaune de l'œuf, arrive à un degré de perfection telle, qu'il ne trouve plus assez de nourriture dans l'albumine; alors il perce sa coque pour s'en échapper.

Les partisans des naissances tardives font remarquer que de tout temps les naturalistes ont varié dans la fixation de la durée de la portée des animaux; et non seulement de chaque espèce, mais encore de chaque race : qu'ainsi, quelques uns fixent à dix mois la portée des juments, d'autres à onze ou à douze. Même variation pour les vaches et les ânesses. Qu'Aristote avait avancé que les chiennes mettaient bas à deux mois; Varron soutenait que c'était à trois; Albert-le-Grand, de soixante-un à soixante-onze jours, ou même trois mois, suivant les races. Que Pline avait dit, à l'égard des brebis, que pour les unes le terme de la gestation était à cinq mois, et pour les autres plus tard.

Que le fœtus, comme les petits des animaux, ne sortait de la matrice qu'autant qu'il avait acquis un degré de perfection assez grand pour lui permettre de vivre au-dehors. Que chez les animaux, et surtout chez la femme, les maladies et bien d'autres causes pouvaient arrêter son développement, et qu'il n'était pas surprenant que l'époque de l'accouchement fût retardée.

Nous avons cru devoir rappeler les principales raisons pour et contre. Espérons que de nouvelles observations viendront jeter quelque lumière sur ce sujet encore obscur de la médecine légale.

DE LA SUPERFÉTATION.

Si une femme venait à accoucher d'un enfant, et que six

mois plus tard elle donnât le jour à un second, le mari ne pourrait-il pas contester l'un des deux, en s'étayant de la possibilité de la superfétation ; et la femme ne pourrait-elle pas soutenir, au contraire, que c'est une naissance tardive? Une pareille supposition étant très admissible, il nous faut rechercher si l'on doit considérer la superfétation comme admissible, ce qui servira d'ailleurs à éclairer la question des naissances tardives, puisque celles-ci ont été regardées par certains auteurs comme n'étant autre chose que des cas de superfétation.

La question de la superfétation ne peut être résolue que par les faits, et non pas par le raisonnement. Exposons donc ceux que l'on présente à l'appui de l'affirmative.

« Marie-Anne Bigaud, âgée de trente-sept ans, femme d'Edmon Vivier, infirmier à l'hôpital militaire de Strasbourg, accoucha à terme d'un garçon vivant, le 30 avril 1748, à dix heures du matin. Cette couche fut si prompte et si heureuse, qu'une heure après Marie se leva, sortit de la maison de la sage-femme où elle était accouchée, la prit sous le bras, son enfant avec elle, et s'en revint à l'hôpital, où elle demeurait. Elle ne perdit qu'au moment de l'accouchement ; ce qui l'étonna d'autant plus, que dans ses deux premières couches les lochies avaient été abondantes. Un quart d'heure après cet accouchement, elle sentit un mouvement réel dans la matrice, et elle en avertit la sage-femme, se persuadant qu'elle allait encore mettre un enfant au monde. La sage-femme se contenta de la tranquilliser ; mais Marie continua à sentir remuer de la même manière que cela arrive quand on est enceinte. Ses seins, quoique naturellement gros, ne lui faisaient aucun mal et ne se remplissaient pas, en sorte qu'elle fut obligée, au bout de quinze jours, de donner une nourrice à son enfant. Ces circonstances, jointes aux mêmes symptômes de grossesse qu'elle avait eus auparavant, l'inquiétèrent beaucoup et l'obligèrent de recourir à M. Leriche, chirurgien-major de l'hôpital, lequel s'assura par le toucher que les maux dont se plaignait cette femme dépendaient d'une véritable grossesse de plusieurs mois. Marie accoucha, en effet, le 16 du mois de septembre de la même année, à cinq heures du matin, d'une fille vivante, reconnue être bien à terme par la grandeur du corps et la proportion des membres. Cette fois, Marie perdit beaucoup de sang à la suite de sa couche, et ses seins se remplirent assez pour nourrir son enfant. M. Eisenmann ajoute : « que ce second enfant a vécu un an et deux jours, à la différence du premier, qui n'a vécu que deux mois et demi ; qu'il a vu ces deux enfants à leur naissance, et que le premier n'était pas si grand, ni si fort que le second ; que par-dessus cela il fut mal nourri, le père n'ayant pas été en état de fournir à cette dépense ; mais la fille que la mère avait nourrie était en chair et même grasse ; elle mourut en faisant ses dents. Ainsi (continue ce professeur), du dernier avril au 16 septembre, il y a quatre mois et demi révolus ; en sorte qu'on peut assurer que cette femme était à demi-terme du second en-

fant, quand elle accoucha le dernier avril. » Cette femme a eu depuis cette couche un enfant, et est actuellement (20 mars 1752) prête à accoucher.

» Marie Bigaud accoucha dans l'ordre ordinaire de ce sixième enfant, puis mourut d'une maladie aiguë en 1755. L'exemple de superfétation qu'elle avait fourni avait fait beaucoup de bruit, et on en raisonnait différemment. Le professeur Eisenmann ayant eu l'occasion, dans ses dissections, de trouver deux matrices doubles, croyait que tel devait être le cas de cette femme; aussi son corps fut-il ouvert publiquement à l'amphithéâtre, et l'on fut bien déçu quand on trouva cet organe absolument simple, comme chez les autres femmes. » (*Dict. des sciences méd.*, tom. LIII, page 416.)

Cette observation est-elle une preuve bien positive de superfétation ? On n'y trouve pas tous les documents nécessaires pour établir une conviction à ce sujet. Le premier enfant n'était pas *si fort ni si grand* que le second, dit le professeur Eisenmann. Ces expressions sont vagues; elles ne donnent pas assez le cachet du degré d'organisation de l'enfant; on n'y énonce pas les caractères qui prouvent qu'un enfant est à terme. Ne serait-ce pas seulement un cas de grossesse double ? Ne pourrait-on pas dire que l'un des jumeaux est venu au monde à cinq mois et demi, et l'autre à dix mois, par exemple ? J'avoue que cette supposition est peu admissible; car il est probable qu'un homme instruit comme Eisenmann aurait tenu compte de la délicatesse de l'enfant, de son organisation imparfaite; en sorte que si cette observation n'est pas, pour nous, présentée avec tous les détails que comporte un pareil sujet, elle établit pourtant de fortes présomptions en faveur d'une superfétation.

Deuxième cas. — Benoîte Franquet, femme de Raymond Villard, herboriste à Lyon, met au monde une fille, le 20 janvier 1780, et éprouve après l'accouchement les mêmes phénomènes que Marie Bigaud, c'est-à-dire qu'elle n'a ni suites de couches ni fièvre de lait, et que Benoîte put continuer presque immédiatement à vaquer à ses occupations ordinaires. Cependant, trois semaines après ses couches, elle sentit les mêmes mouvements que dans la grossesse ordinaire; deux chirurgiens consultés croient que c'est une maladie, et proposent des remèdes; Benoîte, qui n'en veut pas, appelle M. Desgranges, qui décide qu'il y a un second enfant. En effet, le ventre augmente sensiblement, et le 6 juillet de la même année, cinq mois et seize jours après la première, elle accoucha d'une seconde fille parfaitement à terme et bien portante. Pour cette fois, la couche eut tous les effets qui en sont inséparables, et cette mère eut la satisfaction, non seulement de nourrir ce second enfant, mais encore, deux ans après, de les présenter tous les deux bien portants, et munis de leur extrait baptistaire, à deux notaires de Lyon, MM. Caillat et Dusurgey, pour faire dresser de ce fait

un acte authentique, « autant, dit Benoîte dans le préambule de cet acte, pour témoigner sa reconnaissance à M. Desgranges, que pour fournir aux femmes qui peuvent se trouver en pareil cas, et dont les maris seraient morts avant la naissance des deux enfants, un titre en faveur de leur vertu et de l'état du second enfant. »

Ici la superfétation n'est pas douteuse ; il n'est pas possible, en effet, d'admettre que le premier enfant appartînt à la même conception ; car si le second était venu au monde au terme de neuf mois, le premier n'aurait eu que trois mois et demi, et il aurait vécu, supposition inadmissible ; et dans le cas même où l'accouchement du dernier enfant aurait eu lieu à dix mois et demi, le premier aurait été viable à quatre mois et demi.

Mais une nouvelle difficulté s'élève à l'occasion de ce fait. La mère et les enfants ont vécu ; or, la femme Benoîte avait peut-être un utérus double, disposition qui est considérée par tous les auteurs comme susceptible de permettre la superfétation, ou plutôt une seconde conception. — Si une nouvelle fécondation, dans le cas d'utérus simple, peut encore être l'objet de quelque doute, lorsqu'elle survient après deux ou trois mois écoulés depuis la première, en est-il de même si elle suit la première de quelques heures ou de quelques jours, et lorsque le fœtus n'est pas encore arrivé à la matrice ? La réponse à cette question est dans les faits suivants :

Une femme de Charlestown, dans la Caroline méridionale, accoucha de deux jumeaux, l'un nègre et l'autre blanc ; interpellée sur la cause de cette bizarrerie, elle avoue avoir accordé ses faveurs à un nègre, un jour que son mari venait de la quitter et de la laisser dans son lit. (*Parsons Transactions philosophics*, 1745.)

Une négresse de la Guadeloupe mit au monde deux enfants mâles, à terme, l'un nègre et l'autre mulâtre ; elle avoua avoir eu dans la même soirée commerce avec un noir et un blanc. (Ch. de Bouillon, *Bull. de la Société de Médecine*, 1821.)

Une jument poulinière, âgée de cinq ans, est accouchée à un quart d'heure de distance, d'abord d'un cheval, puis d'un mulet ; elle avait été saillie par un cheval, et cinq jours après par un âne. (*Acad. de Méd.*, août 1826.)

La superfétation est encore possible lorsqu'il existe déjà un produit de conception qui n'occupe pas la cavité de la matrice.

Une grossesse extra-utérine dure trois ans. Pendant ce laps de temps, la femme conçoit et met au monde un enfant bien constitué. Des acci-

dents surviennent ; on reconnaît l'existence d'un fœtus dans la cavité abdominale ; la gastrotomie est pratiquée et donne issue à un enfant qui avait été viable, mais dont le séjour prolongé dans le sein de la mère avait amené la putréfaction partielle ; la malade guérit. (*Magasin des sciences médicales*, de Rut ; part. hist., 1756, p. 52.)

Le docteur Cliet, de Lyon, faisant l'ouverture d'une femme de trente ans, qui avait eu précédemment plusieurs enfants, et qui était morte subitement peu de temps après avoir vomi ce qu'elle venait de manger, trouva accroupi, derrière la matrice et un peu à droite, dans l'excavation du bassin et dans la fosse iliaque droite, un fœtus extra-utérin, du sexe masculin, du poids de 5 onces 5 gros, long de 8 pouces et demi, et dont l'âge fut évalué à cinq mois. L'utérus contenait un deuxième fœtus, du sexe mâle, d'environ trois mois. (*Nouveau journal de méd.*, déc. 1818.)

Nous disions tout à l'heure que la superfétation n'était pas douteuse pour la plupart des auteurs alors que l'utérus était double. En voici un exemple :

Une femme, âgée de quarante ans, déjà mère d'un premier enfant, accoucha, le 15 mars 1810, d'une petite fille estimée du poids de quatre livres. L'abdomen conservant un volume assez grand après la délivrance, madame Boivin, qui l'assistait de ses soins éclairés, soupçonnant quelque corps étranger resté dans la matrice, en parcourut la cavité déjà très resserrée, *sans y rien reconnaître.* En agitant doucement cette tumeur qui se prononçait à droite et qui était plus élevée que celle formée par l'utérus, le col de la matrice suivait les mouvements qui lui étaient imprimés. Pendant deux mois, cette dame éprouva dans cette tumeur des mouvements qu'il était aisé de sentir. Madame Boivin se livrait aux conjectures d'une grossesse extra-utérine, ou d'une superfétation dans un utérus bilobé, quand, le 12 mai, cette femme mit au monde une fille du poids présumé de trois livres, faible, décolorée et respirant à peine. Cette personne, qui depuis fort long-temps ne cohabitait plus avec son mari, assura madame Boivin qu'elle n'avait eu de rapports que trois fois en deux mois avec son mari, les 15 et 20 juillet 1809, et le 16 septembre suivant. Il est évident, dit-on, qu'ici le produit de la dernière conception était renfermé dans une cavité séparée de la première, puisque, après l'entière délivrance du premier produit, la cavité était complétement libre. (Cassan, *Recherches sur les cas d'utérus double et de superfétation.* Thèse, Paris, 1826.)

M. Velpeau ne saurait comprendre la possibilité de la superfétation, autrement que dans les cas suivants : 1° dans les cas de grossesse extra-utérine ; 2° lorsque la femme a eu commerce le même jour avec deux hommes différents, ou encore à des époques très rapprochées avec le même homme ; 3° dans le cas de matrice double. Il ajoute : que tant qu'aucune membrane ne tapisse pas la cavité utérine et ne ferme pas l'orifice des trompes, une seconde fécondation n'a rien qui répugne à la raison ; mais que du moment que la lymphe concrescible ou la membrane

anhiste s'est formée dans la cavité utérine, elle est tout aussi capable que l'œuf lui-même d'oblitérer les trompes, et par cela même d'intercepter toute communication entre le principe séminal de l'homme et celui de la femme. (*Traité d'accouch.*, I, 348.)

Presque tous les exemples de superfétation que l'on possède lui semblent pouvoir être rapportés, 1° à des grossesses doubles dans lesquelles l'un des fœtus, mort long-temps avant terme, s'est conservé dans les membranes pour n'être expulsé qu'avec celui qui avait continué de vivre; 2° à des grossesses de jumeaux inégalement développés ou nés à des termes différents; 3° à des cas de grossesses extra-utérines qui n'ont pas empêché la gestation naturelle; 4° enfin à des cas d'utérus bicorne.

Il fait sentir que rien n'est plus commun, dans les grossesses composées, que de voir un des enfants cesser de vivre, et n'offrir à la naissance de son congénère que les caractères d'un fœtus de deux, trois, quatre ou cinq mois, le second naissant à terme. La plupart des monstres se présentent à côté d'un fœtus bien conformé. Et à ce sujet il rapporte trois faits observés par lui, et d'autres rapportés par Zacchios, Ruysch, Bauhin, Percy et par M. de Fermont.

Il fait remarquer que de deux fœtus placés dans la cavité utérine, l'un peut se développer plus rapidement que l'autre, sortir avant terme, et le second n'être expulsé que plus tard. Cette supposition ne nous paraît guère admissible, surtout lorsqu'un certain laps de temps s'écoule entre les deux accouchements. Ce n'est pas d'ailleurs la force de l'enfant qui constitue sa maturité, mais bien le degré plus ou moins avancé d'organisation des tissus et des viscères. C'est à l'aide de cette hypothèse qu'il explique le fait rapporté par Desgranges, et que Fodéré a regardé, et que nous sommes porté à regarder comme décisif, celui de la femme Franquet qui accoucha d'un enfant bien portant, cinq mois seize jours après avoir avorté d'une grossesse de sept mois; le fait de madame Bégaud, qui mit au monde, le 30 avril 1748, un enfant mâle et vivant, et qui n'en accoucha pas moins d'un second fœtus, également viable et vivant, le 17 septembre suivant; un fait de M. Rixain, dans

lequel un des enfants vint au monde trois mois après le premier. Toutefois M. Velpeau est obligé de supposer, pour expliquer les faits de la femme Bégaud et de la femme Franquet, d'admettre qu'il y aura eu des erreurs commises à l'égard de l'âge des enfants, ainsi que pour l'exemple de Lyon; on aura accordé sept mois au fœtus qui n'en avait que cinq, et celui qui est né le dernier avait dépassé le neuvième mois.

Un exemple de superfétation, rapporté par M. Stearns (*Archiv. génér.*, IX, 118), ne saurait recevoir une pareille explication; ici une négresse accouche d'un enfant noir, âgé de huit mois environ, puis au bout de quelques heures d'un fœtus blanc d'environ quatre mois; il en est de même du cas rapporté par M. Norton (*Journ. génér.*, XXXII, 248), dans lequel un enfant mort-né, âgé de huit mois, est d'abord expulsé, et le lendemain la femme accouche d'un enfant de quatre mois, qui naît vivant.

Si nous tirons des conclusions des faits que nous venons de citer, nous serons conduit aux conséquences suivantes. — La superfétation est généralement regardée comme possible, 1° quand l'utérus est double; 2° quand une fécondation a eu lieu, mais que le produit de la conception a son siége hors de l'utérus; 3° quand le produit de la conception n'est pas encore arrivé dans l'utérus. — La possibilité de la superfétation fait encore l'objet de doutes, lorsque le produit de la conception est contenu dans la matrice et que l'utérus n'est pas double; d'où il résulte que la superfétation doit, en médecine légale, être regardée comme possible, par cela même que la question n'est pas encore résolue, et que cette manière de voir est favorable à la mère et à l'enfant. Je dis favorable à la mère et à l'enfant, car ici c'est un mari qui élève des doutes sur la vertu de sa femme, parce que peu de temps après un premier accouchement elle met au monde un second enfant dont il ne croit pas être le père. Là c'est une veuve qui vient d'accoucher, et qui peu de temps après met au monde un second enfant à terme et viable, que l'on veut faire passer pour illégitime. — « Enfin, dit M. Orfila, il n'est pas impossible qu'une veuve qui vient d'accoucher se marie bientôt après ses relevailles,

malgré l'art. 228 du Code civil : « La femme ne peut contracter un nouveau mariage qu'après dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent, » (en effet, l'article 228 est comminatoire; il prescrit, sans attacher de sanction pénale à sa disposition, et sans prononcer la nullité du mariage), et qu'elle accouche quelque temps après ce second mariage d'un enfant à terme et bien portant : auquel des deux maris appartient celui-ci?» Établissons un exemple pour mieux faire comprendre la question. Une femme enceinte perd son mari dans le courant du neuvième mois de la grossesse; elle accouche au bout de quelques jours et se remarie vingt jours après l'accouchement. Huit mois écoulés depuis ce second mariage, elle met au monde un enfant bien portant; on demande si cet enfant n'appartient pas au premier mari (dans lequel cas il y aurait eu superfétation), ou bien s'il est fils du dernier époux? Cette question a été résolue à l'article de la Paternité et de la Maternité. On voit donc, en résumé, que la question de superfétation ne peut présenter de doute que dans un cas; que du reste son étude semble plutôt se rattacher aux naissances tardives qu'à la grossesse proprement dite, puisque, lorsqu'on n'admet pas la superfétation, il faut remplacer son existence par celle des naissances tardives.

CHAPITRE XVI.

DE L'EXPOSITION, DE LA SUPPRESSION, DE LA SUPPOSITION ET DE LA SUBSTITUTION D'ENFANT (DE PART).

Code pénal, art. 349. — Ceux qui auront *exposé et délaissé* en un lieu solitaire un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis; ceux qui auront *donné l'ordre* de l'exposer ainsi, si cet ordre *a été exécuté*, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois à deux ans, et à une amende de seize francs à deux cents francs.

Idem, art. 350. — La peine portée au précédent article sera de deux ans à cinq ans, et l'amende de cinquante francs à quatre cents francs, contre les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant exposé et délaissé par eux ou par leur ordre.

Idem, art. 351. — Si par suite de l'exposition et du délaissement prévu par les art. 349 et 350, l'enfant est demeuré *mutilé ou estropié*, l'action sera considérée comme blessures volontaires à lui faites par la personne qui l'a exposé et délaissé; et *si la mort s'en est suivie*, l'action sera considérée comme meurtre; au premier cas, les coupables subiront la peine applicable aux blessures volontaires, et au second cas celle du meurtre.

Idem, art. 352. — Ceux qui auront *exposé ou délaissé*, en un lieu non solitaire, un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis, seront punis d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de seize à cent francs.

Idem, art. 353. — Le délit prévu par le précédent article sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de vingt-cinq francs à deux cents francs, s'il a été commis par les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant.

Idem, art. 345. — Les coupables d'enlèvement, de recélé ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de *supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée*, seront punis de la réclusion.

La même peine aura lieu contre ceux qui, étant chargés d'un enfant, ne le représenteront point aux personnes qui ont droit de le réclamer.

La loi a d'abord isolé l'exposition de part, et elle a infligé à ce crime des peines graduées en raison, 1° de l'état solitaire ou non solitaire du lieu dans lequel l'exposition a été effectuée; 2° de la qualité de la personne qui a exposé l'enfant; 3° du préjudice qui est résulté de l'exposition pour l'enfant. Cette graduation de peine est fondée, suivant les divers cas, sur la gravité du préjudice causé.

Le mot *part* vient de *partus*, enfantement; il exprime l'ac-

couchement et son produit ; mais en médecine légale il ne doit être appliqué qu'au produit de la conception. Les médecins légistes lui ont donné des acceptions diverses ; les uns lui ont fait signifier l'accouchement, d'autres l'enfant nouveau-né à terme, d'autres le fœtus ; d'où il suit que dans cette dernière acception il se rattacherait aussi bien à l'avortement qu'à l'accouchement. Toutes ces discussions nous paraissent non seulement inutiles, mais encore déplacées. Remarquons en effet que la loi ne parle pas d'exposition de part ou de suppression de part ; elle n'emploie pas cette expression *part*, elle est beaucoup plus claire. S'agit-il de l'exposition, elle ajoute : d'*un enfant* au-dessous *de l'âge de sept ans*, ce qui comprend l'enfant *nouveau-né viable*, et ce qui exclut par conséquent tout produit d'avortement.

S'occupant ensuite des suppressions, des substitutions, elle dit : suppressions d'enfant, substitutions d'enfant ; et quant aux suppositions d'enfant, elle ajoute : d'*enfant à une femme qui ne sera pas accouchée*, par conséquent elle entend encore parler d'un enfant viable, et qui a vécu ; on doit donc dire : exposition, suppression d'*enfant*, et non pas exposition de part, suppression de part ; et c'est alors que toute l'incertitude qui règne en médecine à l'occasion du mot *part* disparaît naturellement.

Ces quatre crimes différents ne peuvent soulever que quelques questions médicales :

1° Une femme est-elle accouchée ?

2° Dans le cas de l'affirmative, l'époque de la naissance de l'enfant exposé ou supprimé se rapporte-t-elle à la date de l'accouchement ?

3° L'enfant présente-t-il des traces de violences, de blessures, de maladies, d'infirmités ou de cause de mort qui puissent être considérées comme le résultat de l'exposition ?

Il n'y a en effet pour le cas d'exposition d'enfant que deux choses à constater, l'identité et le résultat de l'exposition ; et quant à la supposition, substitution et suppression d'enfant, c'est une question d'identité pure et simple, puis-

que la peine à infliger est la même, quel que soit le résultat de l'action.

Si l'enfant est nouveau-né, le médecin sera presque toujours consulté pour résoudre la question d'identité. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si dans ces crimes il s'agit d'un enfant de six mois, un ou deux ans, etc., le plus souvent la question d'identité sera résolue par des preuves testimoniales, et l'expert n'aura à connaître que du résultat matériel de l'action : les violences ou les maladies.

Or, presque tous les auteurs ont traité en particulier de la partie de la médecine légale qui se rattache à ce sujet. C'est à tort, suivant nous; et en effet la première question se trouve toute résolue par les données que nous avons présentées dans la partie de la médecine légale relative à l'accouchement. Le seconde est une détermination d'âge; nous renvoyons le lecteur au chapitre de l'Infanticide, *détermination de l'âge de l'enfant*, et aux *questions d'identité*. Enfin, la troisième se rattache à l'étude des blessures et aux causes de la mort de l'enfant nouveau-né en matière d'*infanticide*. Nous nous bornerons donc à rappeler ici que les maladies qui ont pu survenir par suite de l'exposition de l'enfant suivant les saisons et les localités, rentrent dans le domaine des connaissances purement médicales, et que tout homme de l'art qui fait de la médecine pratique est à même de les appliquer journellement pour des faits étrangers à la médecine légale; nous n'avons donc pas besoin de nous en occuper. Cependant, pour ne pas laisser un vide complet à l'égard de ces questions, nous rapporterons les exemples suivants, qui serviront de guide et de modèle dans le genre de recherches auxquelles il faut se livrer dans les expertises en pareille matière.

Une jeune personne simule la grossesse et se dit enceinte dans l'espoir d'épouser son amant; vers le neuvième mois, elle tache son lit et le linge qu'elle avait sur le corps avec du sang de bœuf, et reste couchée pendant plusieurs jours pour faire croire qu'elle est accouchée. Une dispute s'élève entre elle et son amant, et au bout de deux ans, celui-ci réclame l'enfant dont il croit être le père; la jeune personne refuse de le produire, et est aussitôt accusée de suppression d'enfant. Appelée devant le juge d'instruction du département de la Seine, elle base sa défense sur ce qu'elle n'est jamais accouchée; ce qui fut constaté par MM. Capuron, Maygrier et Louyer-Villermay, qui furent chargés

de la visiter. (Capuron, *Méd. lég. relative à l'art des accouchements.*)

Obs. LXXIII.—A..., âgée de trente ans, domestique, habituellement bien portante, se plaignit, aux mois de juin et juillet 1827, d'une dysménorrhée qui parfois lui causait des étourdissements, des douleurs d'estomac. Cependant son ventre augmentait de volume chaque jour; on pouvait croire à une grossesse. Lorsqu'on la questionnait à ce sujet, elle répondait que ses règles avaient été supprimées pour avoir marché pieds nus dans une mare, que depuis ce moment elles n'avaient pas reparu, que sa santé n'était plus aussi bonne, et qu'enfin elle se croyait hydropique. Son état ne lui permettant plus de rester auprès de ses maîtres, elle retourna chez ses parents. Le 14 mars, deux mois après sa sortie, A... dit avoir eu une forte hémorrhagie au milieu de la nuit, qui l'affaiblit à un tel point qu'elle fut obligée de garder le lit pendant deux ou trois jours. Le ventre n'était plus volumineux. Le maire de la commune, officier de santé, chargea un de ses confrères de visiter la fille A... Le rapport de ce chirurgien constata qu'il n'avait trouvé aucune trace d'un accouchement récent. Cependant le ministère public crut devoir ordonner une nouvelle expertise. A cet effet, il requit deux docteurs en médecine de lui faire connaître l'état d'A.... Voici le texte littéral du rapport :

« Nous soussignés, sur la réquisition de M. le procureur du roi, et après prestation de serment, avons procédé, dans le cabinet de M. le docteur Millet, l'un de nous, à la visite de la nommée A..., âgée d'environ trente ans, habitante de la commune de..., présumée être accouchée depuis douze jours. Nous avons reconnu : 1° que la face était légèrement colorée, les traits altérés; la peau chaude, halitueuse; le pouls fréquent, ample et souple ; la langue naturelle ; 2° les seins tuméfiés, les veines qui rampent à la surface de ces organes gorgées de sang et dilatées. Les mamelons couverts d'une légère couche brunâtre, n'ont d'abord point, à la suite d'une légère pression, laissé échapper de lait ; mais le corps étranger enlevé et la pression ayant été continuée des deux côtés, nous avons obtenu un fluide laiteux, épais, et en abondance ; 3° l'abdomen était un peu tuméfié, l'ombilic saillant ; la ligne blanche présentait un léger écartement plus considérable à sa partie moyenne ; la peau était souple et sillonnée en divers sens ; l'espace compris entre la région inguinale et l'ombilic était couvert de vergetures livides, de rides et d'éraillures offrant le même aspect. Nous ferons remarquer que ces diverses altérations des parois du bas-ventre étaient d'autant plus abondantes qu'elles se rapprochaient davantage du pubis. La partie interne des cuisses laissait également apercevoir quelques marbrures ou vergetures ; 4° la main gauche étant placée sur l'épigastre, tandis que le doigt indicateur de l'autre main était introduit au fond du vagin, on sentait, en repoussant en haut l'utérus, que cet organe était au-dessus du pubis ; qu'il était plus lourd, plus volumineux qu'à l'état normal. Son orifice, à peine tuméfié, était souple, irrégulier, et laissait facilement passer un ou deux doigts ; 5° les parties génitales donnaient issue à une matière épaisse, jaunâtre, dont le linge était taché, répandant une odeur acide analogue à celle produite par l'huile de poisson ; les grandes lèvres très dilatées, flasques, paraissaient avoir été tuméfiées récemment ; le frein de la vulve était déchiré ; 6° A... nous a déclaré n'avoir eu d'autre maladie qu'une suppression de règles, suivie d'une hémorrhagie utérine très abondante, le 14 de ce mois.

» D'après cet ensemble de faits, qui présentent une corrélation évi-

dente, nous croyons pouvoir conclure, 1° qu'A... est accouchée depuis dix à onze jours, sinon au terme de la grossesse, du moins à une époque très rapprochée du neuvième mois ; 2° que d'après la conformation du bassin, l'accouchement a pu être facile. Fait à..., ce 25 mars 1828.

« *Signé* V. MILLET, D. M. Alex. GIRAUDET, D. M. »

La chambre des mises en accusation a rendu l'arrêt suivant :

« Considérant qu'une opinion de médecins n'étant que le résultat *d'une science conjecturale*, ne peut suffire pour asseoir un jugement certain ;

» Qu'A... est d'ailleurs irréprochable dans ses mœurs, et que son état de grossesse apparente provenait d'une toute autre cause que celle indiquée par le rapport des médecins qui l'ont visitée ;

» La chambre déclare qu'il n'y a lieu à poursuivre.

» Ainsi jugé, à..., ce 16 novembre 1828. »

Il résulterait de cet arrêt : 1° que la médecine est un art conjectural ; 2° que la prévenue n'est pas accouchée.

Antoinette n'est pas accouchée ! Mais elle présentait tous les signes de la sortie d'un corps volumineux et consistant qui aurait séjourné dans l'utérus ; signes physiques, sensibles, s'il en fut jamais ; lait dans les seins, éraillements, vergetures du ventre, développement de la matrice, écoulement des lochies, dilatation, flaccidité des grandes lèvres, déchirure du frein de la vulve, rien n'y manquait. Une hémorrhagie eût produit tout cela !... Un corps volumineux et consistant était sorti par la vulve, où l'avait-on mis? Si ce n'était pas un enfant, pourquoi l'avait-on soustrait à tous les regards ?

La médecine, un art conjectural ! Jusqu'à présent, la chirurgie, dont la pratique des accouchements est une des branches principales, avait échappé à cet anathème ; elle en est frappée à son tour. Pauvres médecins ! que nous restera-t-il? D'un côté, on déclare notre incompétence dans les questions relatives aux altérations de l'intelligence ; de l'autre, la vanité de nos connaissances dans ce qui concerne les phénomènes physiques du corps humain. Je le répète, que nous restera-t-il ? La chimie, si exacte et si sûre, surtout quand elle nous indique les caractères des substances métalliques, dont les procédés nous font reconnaître la millième partie d'un grain d'un poison minéral, la chimie elle-même, entre les mains du médecin, devient aussi une *conjecture*. Un homme meurt avec les symptômes de l'empoisonnement ; on retrouve le poison (c'était un sel de cuivre) dans les aliments qu'il avait laissés, on le retrouve dans son estomac, et on déclare qu'il n'y a pas lieu d'accuser.

Les considérants de l'ordonnance ci-dessus ne tendent à rien moins qu'à anéantir la médecine légale, et à priver la justice des importants services qu'elle peut en retirer ; ils sont, en outre, en opposition for-

melle avec les articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle. (Leuret, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, III, 220.)

Obs. LXXIV.— F. T... âgé de soixante-douze ans, cultivateur, habitant la paroisse de la Ménitrée, département de Maine-et-Loire, était marié depuis quatre ans à une femme de quarante-deux ans. Il n'était issu aucun enfant de ce mariage, lorsque, dans le courant de l'année 1829, la femme T... déclara qu'elle était enceinte. En effet, on voit l'abdomen de cette femme augmenter graduellement de volume, et le 27 juillet 1829, elle fit annoncer dès le point du jour aux parents de son mari, qui était absent, que, se trouvant seule et privée de secours, elle avait mis au monde un enfant du sexe féminin; que, ne pouvant avoir l'assistance d'une personne de l'art, elle s'était elle-même délivrée, avait fait la section et la ligature du cordon, et avait abandonné, à la porte de sa maison, la délivrance, qui avait disparu, sans qu'elle pût savoir ce qu'elle était devenue.

On trouva, à l'appui de ce qu'elle avançait, sa chemise ensanglantée et quelques traînées de sang dans la chambre; quelques linges mouillés se voyaient aussi au pied du lit; et enfin, près d'elle, était couché un enfant naissant, qu'elle approchait de son sein qu'il refusait de prendre ou qu'il suçait infructueusement.

Toutes ces circonstances semblaient se combiner si naturellement, que le vieillard même se flatta du bonheur inespéré d'être père; mais bientôt, ébranlé dans cette idée par les remarques et les insinuations de sa famille, il commença du moins à douter que cet enfant lui dût la vie, et dans son doute, il s'abstint provisoirement de le faire porter sous son nom sur les registres de l'état civil.

Ce fut sur ces entrefaites que M. le procureur du roi me pria de constater: 1° si l'enfant était récemment né; 2° s'il était né de la femme T...

Je me transportai donc sur les lieux, et là, je trouvai la femme T... couchée dans un lit, à droite de la porte; je lui déclarai que je me présentais, sur la simple invitation du procureur du roi, et avec l'agrément de son mari, pour visiter l'enfant qu'elle venait de mettre au monde, et sur la légitimité duquel la clameur publique avait fait planer quelques soupçons.

Cette femme me dit qu'elle était accouchée l'avant-veille une demi-heure avant le lever du soleil, c'est-à-dire le 27 juillet, sur les trois heures et demie ou quatre heures. C'était alors le 29, à neuf heures du matin; l'enfant devait donc avoir deux jours, ou cinquante-trois heures. Cette femme répugna d'abord à se soumettre à l'examen dont elle devait être l'objet, et je me vis obligé de commencer par l'enfant.

Je trouvai cet enfant sur les genoux d'une femme, auprès du feu. Il était du sexe féminin; il pouvait avoir dix-sept à dix-huit pouces. Il était d'une force médiocre; ses téguments étaient rouges, et l'exfoliation épidermique était *en pleine activité*. Le cordon ombilical était tombé dès le matin. L'ombilic, assez saillant, suintait au centre. Le cordon ombilical avait été enfoui sous terre, au pied d'un arbre, suivant le préjugé du pays. Je le fis déterrer; il était enveloppé d'un linge grand comme la main, lequel était imbibé de quelques taches d'un sang noirâtre et sec. Le cordon, long d'un pouce environ, était aplati, un peu vrillé, desséché, légèrement sanguinolent à l'une de ses extrémités, brunâtre et coupé net à l'autre. Il se trouva lié au centre par quatre tours d'un fil gris et double, serré par un double nœud, et les deux extrémités du fil, qui avait été vrillé, pendaient longues de deux

pouces et demi environ. Le cordon flottait librement dans l'anse de la ligature, qui était devenue trop large pour ce cordon rétréci par la dessiccation.

L'enfant avait les cheveux noirs, longs et épais ; son cri était fort et plein ; il s'agitait avec force et buvait à la tasse avec avidité ; il ne rendait plus de méconium ; ses couches étaient teintes en jaune ; le pli des aines et des aisselles ne présentait pas la matière sébacée que les enfants apportent sur leur corps en naissant, et même la peau de ces régions commençait à suinter. La membrane pupillaire n'existait pas, et les ongles étaient formés.

Considérant 1° la coloration des téguments ; 2° l'exfoliation de l'épiderme qui se trouvait en pleine activité ; 3° l'état de dessiccation et la chute du cordon ombilical qui n'avait point été arraché par force, mais était tombé spontanément, ainsi que le démontraient les phénomènes que j'ai signalés ; attendu que l'épiderme n'est en pleine exfoliation que quelques jours après la naissance, et que, pour que le cordon ombilical se détache, il subit d'avance diverses altérations de forme et de consistance qui exigent le plus ordinairement un laps de temps de trois, cinq, et même sept jours, ainsi que je l'ai démontré par les recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet, j'ai déclaré : 1° que cet enfant avait plus de deux jours, et qu'il pouvait avoir de cinq à sept jours ; 2° qu'il était né à terme, et que, probablement, il avait reçu en naissant les secours d'une personne de l'art, parce que le cordon ombilical était lié trop méthodiquement pour qu'il l'eût été par une femme surprise tout-à-coup par les douleurs de l'enfantement.

Cependant la femme T... persistait à se dire la mère de cet enfant, et, croyant m'en convaincre par son assurance, elle céda au désir que je manifestai de l'examiner.

Elle était douée de beaucoup d'embonpoint ; son teint était rouge, ses membres robustes, ses cheveux noirs comme ceux de l'enfant. Son pouls était agité, sa peau chaude : elle se plaignait de souffrir dans le ventre, qui était mou au toucher, mais dont les parois étaient épaissies par beaucoup de tissu adipeux.

J'ai trouvé les seins peu volumineux et nullement douloureux. Le mamelon était peu saillant, la glande avait un très petit volume à chaque sein ; la peau de ces régions n'était ni crevassée ni parsemée de veines bleuâtres, comme lorsqu'elle a été violemment distendue, ni flasque et flétrie, comme lorsque le lait abandonne tout-à-coup les seins, dans le cas de péritonite puerpérale.

Les parois de l'abdomen ne présentaient pas de lignes éraillées ; le lit de la malade n'était pas garni, les draps n'étaient nullement tachés, et il ne s'écoulait absolument rien de la vulve. Les grandes et les petites lèvres n'étaient ni tuméfiées, ni rouges, ni excoriées ; l'entrée du vagin était étroite, la fourchette intacte, et la malade urinait sans douleur.

En touchant cette femme, je trouvai le vagin étroit ; il n'était pas plus lubrifié que dans l'état naturel ; le museau de tanche présentait sa forme accoutumée ; il n'était ni tuméfié, ni large, ni irrégulier ; la matrice, légère et libre, se laissait soulever facilement, et lorsque j'appliquai l'autre main sur la région hypogastrique, je n'y trouvai point la tumeur que forme le globe utérin, surtout lorsque les lochies sont supprimées ; enfin, la prétendue malade ne répandait pas autour d'elle l'odeur propre aux nouvelles accouchées.

De tous ces faits, je m'empressai de conclure : 1° que cette femme

n'était point récemment accouchée, et qu'il ne restait même pas de signes palpables d'aucun accouchement antécédent; que l'enfant qu'on me présentait n'était pas l'enfant de cette femme; que par conséquent il ne pouvait être enregistré avec le nom du mari, ni jouir à l'avenir des avantages résultant de la communauté.

Vaincue par l'évidence des faits, la femme T... finit par avouer sa supercherie, et convint qu'elle n'était pas la mère de l'enfant; mais ajoutant un nouveau mensonge à celui qu'elle était forcée d'abandonner, elle nous dit qu'elle avait trouvé par hasard cet enfant à sa porte, où sans doute on l'avait exposé pendant la nuit. Je lui fis remarquer que l'apparition de cet enfant coïncidait avec le terme de sa grossesse simulée, que par conséquent on avait dû le lui prometre d'avance, et que peut-être elle se l'était procuré au prix de l'or; mais elle persista dans ses réponses, que mon ministère ne permettait plus de combattre ni de chercher à dévoiler. (*Journal hebdomad. de médecine*, N° 48, 1829, IV.)

Cas remarquable de congestion cérébrale ayant amené la rupture des vaisseaux capillaires, et par suite l'infiltration graduée du sang dans certains points du tissu cellulaire sous-tégumentaire de la tête, et même du tissu cellulaire arachnoïdien; présomption d'exposition de part.

Obs. LXXV. — Les soussignés se sont rendus à la Morgue le 17 février 1838, à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant nouveau-né trouvé rue de l'Échiquier, auprès d'une borne, et de déterminer si l'enfant est né vivant et viable, s'il a respiré, et quelle peut être la cause de sa mort? le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. Hély-d'Oissel, substitut de M. le procureur du roi. Ils consignent ci-après le résultat de leurs observations.

Enfant du sexe féminin, pesant 2 livres 15 onces, long de 15 pouces 4 lignes. — Le milieu du corps correspondant à 5 lignes au-dessus du nombril.

Diamètre de la tête. — Bi-pariétal, 2 po. 9 lig.; occipito-frontal, 3 po. 9 lig.; occipito-mentonnier, 3 po. 9 lig.

La peau bien organisée, colorée en rose sur la presque totalité de sa surface; les ongles atteignent seulement l'extrémité de chaque doigt; les cheveux, bruns, ont 8 à 10 lignes de longueur; il n'existe point d'ossification au centre des cartilages des extrémités inférieures des fémurs.

Au nombril, est insérée une portion de cordon vrillé d'un pouce et une ligne de longueur; il ne porte pas de ligature, et n'offre pas de traces d'une ligature qui aurait été enlevée par quelque circonstance que ce soit; son extrémité est coupée nette, comme cela a lieu avec des ciseaux, *et le point de section correspond au lieu d'élection des accoucheurs pour pratiquer cette opération.*

Aucune trace extérieure de violence.

Tête.—Sous le cuir chevelu et au sommet de la tête, plusieurs ecchymoses (1) de 3 à 6 lignes de longueur sur 2 de largeur; elles sont for-

(1) Le mot ecchymose exprime mal l'idée, on dirait plutôt épanchement : ici le sang est coagulé et il ne semble pas contenu dans des lames ou cellules, il semble qu'il se soit épanché peu à peu comme dans le cas d'anévrisme consécutif à la piqûre d'un vaisseau, pour former poche.

mées par du sang coagulé et nettement rassemblé. Toutefois, la peau ne participe pas à ces ecchymoses, comme cela a lieu dans les cas où elles dépendent de coups portés ; et d'ailleurs le sang occupe un espace tellement limité, qu'il paraît bien évidemment le résultat de la déchirure d'un vaisseau.

Les os sont intacts ; l'arachnoïde et la pie-mère sont gorgées de sang, et constituent un réseau vasculaire très prononcé dans toute l'étendue de leur trajet. La congestion a été telle, qu'au côté droit de la tête, du sang s'est infiltré dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien pour y former un épanchement circonscrit d'un pouce de diamètre en tous sens.

Le cerveau est sain ; il s'écoule du canal rachidien une quantité notable de sang.

Rien dans la bouche.

Pas de traces de lien ou d'empreintes de doigts au cou.

Les poumons développés ; le cœur gorgé de sang, il en contient plus à droite qu'à gauche.

On voit à la surface du tissu pulmonaire, qui est lui-même très gorgé de sang et très rouge, se dessiner un grand nombre de vésicules provenant de la respiration. Elles sont très prononcées, tant à la base qu'au sommet de ces organes, mais plus nombreuses cependant au sommet et le long de leur bord antérieur.

La trachée-artère est vide.

Docimasie hydrostatique. — Les poumons, plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, surnagent ; il en est de même de chaque lobe des poumons, et de toutes les petites portions en lesquelles nous les avons réduits par des sections multipliées ; il faut en excepter quatre d'entre elles qui appartiennent au poumon droit.

Toutes les petites portions comprimées entre les doigts surnagent encore après la compression.

Du reste, les poumons étaient dans un état parfait de conservation.

Ventre.—Méconium remplissant la fin du gros intestin ; une portion s'échappe à travers l'anus.— L'estomac contient une matière muqueuse rougeâtre.

Conclusion :

1° L'enfant soumis à notre examen est né au terme de sept mois et demi ;

2° Il est né vivant et viable ;

3° Il a vécu et respiré ; la respiration s'est même presque complétement opérée ;

4° Il n'a pas péri d'hémorrhagie par le cordon ombilical, ainsi qu'on l'a énoncé dans un rapport antérieur ; la coloration de la peau, l'engorgement des poumons, des cavités du cœur et des vaisseaux des membranes du cerveau, démontrent évidemment qu'il y a eu erreur à cet égard ;

5° Il ne porte pas de traces de violences auxquelles on puisse rattacher la mort.

6° L'état des membranes du cerveau, c'est-à-dire l'engorgement de leurs vaisseaux, phénomène que l'on observe fréquemment dans l'asphyxie par le froid, celui des poumons et du cœur, tendent à prouver que la mort a eu lieu par asphyxie, et notamment qu'elle est due à l'asphyxie par le froid, en sorte que l'exposition de part est très probable.

Ce 17 février 1838.

WEST. A. DEVERGIE.

CHAPITRE XVII.

DE L'INFANTICIDE.

Législation relative à l'infanticide.

Cod. pén., art. 300. — Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né.

Cod. pén., art. 302. — Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide et d'empoisonnement, sera puni de mort.... (1)

Le texte de l'article 300 n'est pas tellement précis, qu'il ne puisse être interprété d'une manière différente par les magistrats et les médecins légistes. Qu'est-ce que le législateur a entendu par l'expression *nouveau-né*? Est-ce l'enfant né depuis une heure, un jour, un ou plusieurs mois? Il y a du vague dans cette dénomination; et cependant la peine n'est pas la même suivant que l'on considère la mort comme le résultat d'un enfanticide ou d'un homicide. Un arrêt de la Cour de cassation, en date du 20 juin 1822, a résolu en partie la difficulté.

L'enfant né dans un établissement public, inscrit sur les registres de l'état civil, et âgé de *quatorze jours*, n'est plus un *enfant nouveau-né*, dans le sens de l'article 300; en conséquence, sa mère, en lui donnant volontairement la mort, ne commet pas le crime d'infanticide proprement dit, mais se rend coupable d'un simple *meurtre*. (Dalloz, t. XII, pag. 964.)

Le 4 avril 1822, la fille Strumann accouche, dans un hospice, d'un enfant qui est inscrit sur les registres de l'état civil. Le 18 du même mois elle donne la mort à cet enfant.

Devant la cour d'assises de Liége, le président pose la question de culpabilité en ces termes :

« Jeanne Strumann est-elle coupable d'avoir, le 18 avril 1822, commis volontairement un homicide sur un enfant nouveau-né? »

L'avocat de l'accusée demande que le mot *nouveau-né* soit retranché de la question. La cour ne statue pas sur cette réclamation.

(1) La loi du 25 juin 1824 autorisait les magistrats à commuer, à l'égard de la mére, la peine de mort en celle des travaux forcés à perpétuité, dans le cas d'infanticide. Cette loi a été formellement rapportée par l'art. 103 de la loi du 28 avril 1832; et dans l'état actuel de la législation, il n'y a lieu à la commutation de la peine de mort que dans le cas où le jury a déclaré l'existence de circonstances atténuantes en faveur de l'accusé d'infanticide, conformément à l'art. 463 de Code pénal.

Pourvoi : 1° pour violation de l'art. 408, C. inst. crim., en ce que la cour avait refusé de prononcer sur la demande tendant à ce que le mot nouveau-né soit retranché de la question.

2° Pour fausse application de l'art. 300 et violation des art. 302 et 304 C. pén., en ce qu'on aurait appliqué la peine de l'infanticide au meurtre de l'enfant nouveau-né.

Arrêt. — La Cour, vu les art 300 C. pén., 408 C. inst. crim., et l'art. 2 de l'arrêté du 6 novembre 1814; attendu, sur le premier moyen, etc.; attendu, sur le deuxième moyen, que l'enfant dont il s'agit était né dans un établissement public et avait été inscrit dans les registres de l'état civil sous le nom de sa mère; que dans ces circonstances, *et après 14 jours de vie,* on ne pouvait plus dans le sens de l'art. 300 C. pén., le considérer *comme un enfant nouveau-né*, de l'existence duquel on aurait voulu anéantir les traces, etc. La cour casse et annule.

Un second arrêt, rendu le 24 décembre 1835, confirme cette doctrine ; en voici le texte :

Ouï le rapport fait par M. Vincens Saint-Laurent, conseiller, et les conclusions de M. Parant, avocat-général ;

Vu le Mémoire déposé au greffe, au nom de la demanderesse et à l'appui de son pourvoi;

Vu l'art. 300 du Code pénal, ainsi conçu : « Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né;

Vu aussi les articles 302, 304 et 463 du même code ;

Attendu que la loi, en qualifiant d'infanticide et en punissant d'une peine plus forte le meurtre d'un enfant nouveau-né, n'a eu en vue que l'homicide volontaire commis sur un enfant *au moment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de la naissance;*

Que ces dispositions ne peuvent être étendues au meurtre d'un enfant qui a déjà atteint l'âge de *trente-un jours*, et dont par conséquent la naissance, si elle n'a été légalement constatée, n'a pu, du moins le plus souvent, rester entièrement inconnue ;

Que cette extension répugne et à la lettre de l'art. 300 du Code pénal et à l'esprit de la législation sur l'infanticide, qui n'a voulu protéger par un châtiment plus sévère la vie de l'enfant que lorsqu'elle n'est pas encore entourée des garanties communes, et que le crime peut effacer jusqu'aux traces de sa naissance;

Attendu en fait que la demanderesse a été reconnue coupable, avec des circonstances atténuantes, d'avoir, le 22 juillet dernier, homicidé volontairement un enfant dont elle était accouchée le 21 juin précédent; qu'au lieu de lui appliquer, sous la modification de l'art. 463 du Code pénal, la peine du meurtre, la cour d'assises a prononcé contre elle, sous la même modification, la peine de l'infanticide;

En quoi elle a faussement appliqué les art. 300 et 302 du Code pénal, et violé, en ne l'appliquant pas, l'article 304 du même code;

Par ces motifs, la cour casse et annule l'arrêt rendu par la cour d'assises de la Meurthe, le 17 novembre 1835, contre Marie Demange;

Renvoie ladite Demange en état d'ordonnance de prise de corps, et les pièces du procès devant la cour d'assises de la Moselle, à ce déterminée par délibération spéciale prise en la chambre du conseil, pour, sur la déclaration du jury, laquelle est maintenue, être procédé contre elle conformément à la loi;

Ordonne qu'à la diligence du procureur-général, le présent arrêt sera imprimé et transcrit sur les registres de la cour d'assises de la Meurthe.

Ainsi jugé et prononcé par la cour de cassation, chambre criminelle, à son audience publique du 24 décembre 1855.

Dans un troisième arrêt, rendu par une cour d'assises de département de l'Ouest, il s'agissait d'une fille G..., domestique, qui, après avoir avoué son crime, déclara ne l'avoir commis que quinze jours après la naissance de l'enfant. Une vive discussion s'engagea entre le ministère public et l'avocat sur le fait de savoir si l'enfant devait être déclaré nouveau-né. Le jury répondit par la négative, et la fille G... fut seulement condamnée aux travaux forcés à perpétuité (*Annal. d'hyg. et de méd. lég.*, XVI, 328).

M. Ollivier (d'Angers) et le professeur Rob. Froriep, de Berlin, ont cherché à résoudre cette question. (*Annales d'hygiène et de méd. légale*, t. XVI, p. 328.) M. Ollivier fait d'abord sentir que la solution de la question ne saurait s'appuyer sur quelques points de doctrine. Il faut que la réponse soit écrite en caractères qu'on ne puisse pas méconnaître, qui parlent aux yeux du vulgaire lui-même, et qui se rattachent, s'il est possible, à quelque circonstance matérielle dont l'existence *constante* soit indépendante de toute opinion scientifique ; qu'il existe une grande divergence d'opinion parmi les criminalistes sur l'interprétation légale du mot *nouveau-né ;* que les médecins légistes ont aussi laissé la question complétement indécise. Il établit ensuite que le cordon ombilical se détachant toujours du quatrième au huitième jour après la naissance, on peut considérer comme enfant *nouveau-né* celui chez lequel le cordon est encore adhérent, et ne plus appliquer cette qualification à l'enfant chez lequel le cordon est tombé. Dès ce moment, toute incertitude cesse, et aucune erreur ne peut plus être commise à cet égard.

M. Froriep, tout en prenant le même point de départ que M. Ollivier, la chute du cordon ombilical, arrive encore à une limite plus restreinte après avoir interprété certaines lois romaines relatives à la question, et déclare que l'enfant est nouveau-né pour le médecin aussi long-temps qu'il existe encore des traces de sa séparation de sa mère, le cordon ombilical

peut seul servir de signe ; mais pour le jurisconsulte, l'enfant ne serait nouveau-né que durant le temps où il n'a pas encore reçu les premiers soins de sa mère, celui où il est encore *sanguinolentus.* — M. Marc a adopté la première de ces doctrines (*Diction. de méd.* en 25 vol., art. INFANTICIDE). Certes la proposition de M. Ollivier aurait l'avantage de fixer une délimitation tranchée entre l'enfant nouveau-né et l'enfant non nouveau-né. Mais d'abord cette limite est variable entre quatre et huit jours ; c'est là une circonstance fâcheuse, qui offre l'inconvénient de faire jouir du bénéfice de la loi certaines femmes, et qui en privent d'autres. Ensuite, il suffirait de cacher un enfant pendant quatre jours pour échapper à la peine de mort ; et cependant la culpabilité serait plus grande, car plus de temps s'étant écoulé depuis la naissance, et tous les sentiments de la maternité ayant pu être éveillés par des rapports prolongés entre la mère et son enfant, le crime en acquerrait certainement plus de gravité. Ainsi se trouverait éludée l'aggravation de peine que le législateur a introduite dans la loi précisément à cause de la circonstance d'enfant nouveau-né. S'il n'a pas défini ce que l'on devait entendre par cette expression, c'est que probablement il a compris qu'une limite était impossible à établir ; que, posée d'une manière générale, elle était toujours injuste, et qu'il valait mieux laisser au jury la solution de la question, d'après les circonstances particulières qui pourraient se présenter. Nous n'admettons donc pas la proposition faite par MM. Ollivier et Froriep.

La loi s'est-elle expliquée sur le degré de vitalité que l'enfant aura dû acquérir, pour que sa mort volontaire puisse constituer le crime d'infanticide ? A-t-elle précisé le terme de la gestation qu'il doit avoir atteint ? A-t-elle dit que l'enfant, par son développement, la bonne conformation de ses parties, l'état sain de ses organes, devrait être viable ? non. Tout est renfermé dans l'expression nouveau-né, c'est-à-dire que le législateur n'a pas posé de bornes à cette expression. Seulement le crime qui amène la mort ne pouvant s'entendre que d'un être doué de vie, il faut que l'enfant soit *né vivant*, et il n'est pas par conséquent nécessaire qu'il soit né viable.

Il y a plus, il n'est même pas nécessaire qu'il ait vécu de la vie extra-utérine, c'est-à-dire que la respiration se soit effectuée ; il suffit qu'il ait vécu. Ainsi, la mort donnée volontairement à un enfant né au terme de cinq mois et demi ou de six mois, époque à laquelle il n'est presque jamais viable, est un crime d'infanticide. — Mais, dira-t-on, cet enfant était voué à une mort certaine ! Cela est vrai ; mais pourquoi ne punirait-on pas celui qui a disposé de sa vie, comme on punit le meurtrier qui porterait le fer dans le sein d'une personne à l'agonie ?—Du moment que l'enfant est né, il appartient à la société ; nul n'a le droit de disposer de ses jours ; la loi lui devait une protection d'autant plus grande, qu'il était hors d'état d'opposer la moindre résistance ; elle la lui a donnée. Si la loi avait imposé la condition de viabilité de l'enfant au crime d'infanticide, elle l'aurait dit, ainsi qu'elle l'a clairement énoncé dans le Code civil au titre des *Successions*, article 725, n° 2. C'est donc à tort que des jurisconsultes et des médecins légistes ont voulu introduire dans le droit criminel une question de *viabilité*, lorsqu'il ne peut jamais s'y agiter que celle de savoir si l'enfant *nouveau-né était vivant ;* la question de *viabilité* ne peut s'élever que dans le *droit civil.*

Suivant Rogron, *Commentaire du Code pénal*, art. 300, page 206 : « Une condition indispensable pour que le crime » d'infanticide existe, c'est que l'enfant soit né viable (*habilis » vitæ*) ; c'est aux hommes de l'art à décider si l'enfant était » en effet conformé de manière à vivre ; et cette circonstance, » qu'il aurait jeté quelques cris au moment de la naissance ou » après, ne formerait pas une preuve, si sa complexion et son » organisation attestaient que la vie qui paraît l'avoir animé » n'était qu'un souffle passager. Le motif qui fait exiger cette » condition est d'ailleurs sensible ; l'enfant qui n'est pas né » viable n'est pas censé exister aux yeux de la loi (725, Code » civil) ; et conséquemment il ne saurait y avoir meurtre d'un » individu mort au moment où le fait a eu lieu. »

Les deux arrêts suivants, rendus par la Cour de cassation, démontrent évidemment l'erreur dans laquelle est tombé Rogron.

22 *janvier* 1808. — Marguerite Bontemps, veuve Perthuis, s'est pourvue en temps utile contre un arrêt de la cour de justice criminelle du département de la Charente-Inférieure, du 16 septembre 1807, qui l'a condamnée à la peine de mort, comme convaincue d'infanticide. Il résultait de la procédure que cette veuve avait dit, peu après son accouchement, que son enfant était mort lorsqu'il était venu au monde.

Le président de la cour de justice criminelle avait proposé au jury de jugement, relativement à la constatation du délit, la question suivante : *Est-il constant qu'un enfant nouveau-né ait été homicidé, le 21 septembre, dans la commune de Saint-Vivien?*

Et il n'avait pas été posé de question relativement au point de savoir *si l'enfant était né vivant?*

Arrêt qui annule.

30 *juin* 1808. — Il s'agissait du crime d'infanticide: l'accusée avait toujours soutenu que l'enfant était né mort. Il n'avait été posé aucune question sur ce fait.

Contravention aux art. 373 et 374 du Code des délits et des peines.

La cour de cassation l'a réprimée par l'arrêt suivant :

Ouï M. Delacoste, et M. Pons pour M. le procureur-général impérial ;

Vu les art., etc. ;

Attendu qu'il résulte de l'acte d'accusation, ainsi que des autres pièces de la procédure, que la réclamante a constamment dénié que l'enfant dont elle est accouchée et qu'elle était accusée d'avoir homicidé, *fût né vivant;* —Qu'il fallait donc, d'après la disposition de l'art. 374 ci-dessus cité, poser une question séparée, *tendant à savoir si l'enfant était né vivant;* que cette question n'ayant pas été posée, il en résulte une contravention audit art. 374 ;

Considérant qu'en supposant que ladite question eût été comprise virtuellement dans celle-ci :

Est-il constant qu'un enfant nouveau-né dont était accouchée la veuve Dupuis a été homicidé? cette question présenterait une complexité qui serait, sous ce rapport, une contravention à l'art. 377 ;

Par ces motifs, la cour casse et annule, etc.

Voilà donc deux arrêts qui cassent des jugements, parce que la question relative au fait de savoir si l'enfant est *né vivant* n'a pas été posée. Que si cette question eût été soumise au jury, les jugements n'auraient pas été annulés; par conséquent le fait de savoir si l'enfant était viable était inutile; il suffisait que l'enfant fût né vivant. Si la viabilité eût été nécessaire, la cour aurait basé son arrêt sur deux causes de nullité; d'abord sur le premier chef, ensuite sur le second.

Ainsi, l'opinion de Rogron, et celle des médecins légistes qui ont adopté le même système, ne sauraient être admises. (*Voyez* VIABILITÉ, pour la signification que l'on doit attacher à ce mot.)

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer prouvent suffisamment qu'il n'est pas nécessaire que l'enfant soit né à

terme, c'est-à-dire après neuf mois de vie intra-utérine, pour que le crime d'infanticide existe. La loi n'a en effet précisé aucun terme de développement; elle s'est servie de l'expression *nouveau-né*, qui n'indique qu'une chose, le produit vivant d'un accouchement; et tandis qu'en matière d'infanticide la question de l'âge est une chose accessoire, elle devient au contraire de première nécessité dans une question de viabilité, puisque c'est l'une des trois conditions de son existence.

L'infanticide peut être commis sur un enfant de six, sept ou huit mois, et le crime est qualifié du moment qu'il est reconnu que l'enfant était vivant; en vain objecterait-on que ce serait confondre l'infanticide avec l'avortement.

Dans l'avortement, la loi punit l'accouchement *volontaire*, *prématuré*, *provoqué* ou *accompli* dans une intention criminelle; elle punit l'avortement, parce qu'elle sait qu'il a été provoqué dans le but de détruire la vie de l'enfant; qu'il doit avoir ce résultat.. Toutefois, comme on ne peut pas être certain que l'enfant était vivant au moment où l'avortement était provoqué, elle inflige une peine moins forte que lorsque la certitude de la vie de l'enfant est acquise, ainsi que cela a lieu pour le crime d'infanticide.

Si, contre son intention, une femme qui se serait fait avorter expulsait un enfant vivant, et qu'elle le tuât, elle commettrait deux crimes, celui d'avortement et celui d'infanticide.

D'après les principes que nous venons d'établir, il résulte qu'en médecine légale, il y a nécessité établir une distinction entre ces deux questions.

L'enfant a-t-il vécu?

L'enfant a-t-il respiré?

Le crime d'infanticide peut être commis sur un enfant qui a vécu, mais qui n'a pas respiré. Déjà, dans la première édition de cet ouvrage, nous nous étions attaché à établir des distinctions entre ces deux cas. Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion de voir nos doctrines sanctionnées par un fait que nous allons reproduire ici comme une preuve de leur justesse.

Nous avons été chargés, il y a deux ans, M. West et moi, par M. Desclozeaux, substitut de M. le procureur du roi, de

procéder à l'examen d'un enfant qui avait été trouvé dans un champ situé près de l'hôpital Saint-Louis.

La rigidité cadavérique était très prononcée, la date de la mort était donc récente; la longueur de l'enfant était de 14 pouces 6 lignes; le milieu du corps répondait à 6 lignes au-dessus du nombril; les diamètres de la tête, les suivants : bipariétal, 2 pouces 6 lignes; occipito-frontal, 3 pouces; occipito-mentonnier, 4 pouces. La peau bien organisée; cheveux d'un demi-pouce de longueur; absence de points d'ossification dans les condyles du fémur.

En arrière et en haut de la tête, sur la ligne médiane de l'occipital, et sur le trajet d'une portion de la suture pariétale, *une plaie de un pouce huit lignes de longueur*, ayant à son centre sur une des lèvres une légère saillie, sur l'autre un léger enfoncement parallèle, comme si la plaie avait été faite à deux reprises différentes, ou que l'instrument eût changé de direction pendant le trajet qu'il avait parcouru, ou enfin que la peau se fût ouverte dans deux directions différentes sous l'influence d'une percussion. *Dans toute la circonférence* de cette blessure et dans *tout le tissu cellulaire* sous-péricrânien *existe une ecchymose qui s'étend au tiers de la surface supérieure de la tête* sous la forme d'une calotte sanguine; *le sang infiltré est coagulé.* Vers le milieu du bord supérieur du pariétal gauche, au voisinage de l'angle supérieur de la plaie qui vient d'être décrite, existe *une section du bord de l'os pariétal* avec *écartement et soulèvement* d'un des fragments de la section, qui elle-même a 7 lignes de longueur. Le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère *est ouvert;* du sang *est épanché* entre les deux lobes du cerveau, ainsi qu'à la surface du cervelet; deux *contusions* du cervelet avec *sang coagulé et infiltré* existent à la base de cet organe; elles ont 4 lignes de longueur sur 2 lignes de largeur. — Les deux muscles temporaux sont ecchymosés; le sang infiltré dans l'épaisseur de leurs fibres fait saillir les aponévroses temporales.

Une portion de cordon de 8 pouces de longueur adhère à l'ombilic; l'extrémité libre en est coupée net; une autre portion de cordon tout-à-fait isolée, a, quant à la conformation, au volume, à la consistance et à la quantité de gélatine de Warthon qu'elle renferme, la plus grande analogie avec celle qui est adhérente. Les deux extrémités libres sont coupées net.

Le placenta très frais est proportionné au développement de l'enfant. La peau est généralement pâle, ainsi que le thymus, les poumons et les intestins. Les cavités du cœur contiennent peu de sang.

Les poumons sont parfaitement sains; ils ne paraissent pas remplir la cavité de la poitrine; leur tissu est formé par une série de lobules charnus, séparés les uns des autres par du tissu cellulaire; aussi on n'y aperçoit pas de vésicules aériennes. Plongés dans l'eau avec le cœur, ils immergent; plongés isolément, ils immergent; coupés par petits fragments, chacun d'eux va au fond de l'eau, soit avant, soit après la compression, et il ne se dégage aucune bulle gazeuse pendant que celle-ci est exercée.

Le méconium est contenu dans l'S iliaque du colon.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen n'a pas atteint la fin du huitième mois de la grossesse.

2° Il provient d'un accouchement récent, qui a pu être opéré dans la nuit du au

3° *L'enfant est né vivant.*
4° Il n'a pas respiré.
5° La mort a été le résultat des blessures que nous avons décrites ; l'une d'elles a été opérée avec un instrument tranchant et perforant ; les autres sont le fait de coups portés.
6° Il est possible qu'après la section du cordon, il se soit fait une perte de sang, ce que tendrait à faire pressentir l'état presque exsangue du corps de l'enfant et ce qui aurait contribué à accélérer le moment de sa mort.

Le docteur Belloc, du Havre, a publié (*Annales d'hygiène et de médecine légale,* VIII, 199) plusieurs faits dont nous allons extraire la substance, et dont l'un d'eux vient à l'appui de cette doctrine, qui reçoit encore de l'opinion émise par M. Marc sur ces faits une sanction complète, dans les réflexions qu'il y a annexées.

Le 30 janvier 1828, M. Belloc est chargé d'examiner deux jumeaux que l'on supposait avoir été tués par leur mère, qui lors de l'instruction fit à cet égard les aveux les plus complets. Chez l'un d'eux le tour du cou était noirâtre et ecchymosé ; en avant, on signale une infiltration sanguine demi-circulaire, qui est plus particulièrement prononcée sur chaque côté de cette partie. Les lèvres étaient livides, épaisses, ainsi que la langue. — Le coronal, le pariétal gauche, l'occipital, étaient fracturés ; du sang était infiltré sous le cuir chevelu ; le périoste décollé. — Le cerveau désorganisé et réduit en bouillie, avec sang épanché à la base du crâne.

Les poumons, plongés dans l'eau, surnageaient soit en totalité, soit par fragments ; il s'en échappait une écume très divisée, et ils surnageaient après une forte compression.

Chez le second enfant, la putréfaction s'était déjà emparée du corps ; mais on reconnut que le cuir chevelu était ecchymosé dans la presque totalité de sa surface ; le coronal, les deux pariétaux et l'occipital étaient fracturés ; les os propres du nez étaient également cassés ; un épanchement considérable de sang existait antérieurement à la base du crâne ; enfin les tissus de la partie antérieure, latérale et supérieure du cou étaient fortement ecchymosés.

Les poumons immergeaient dans l'eau. Il en était de même de leurs fragments, après comme avant la compression. — L'enfant n'avait donc pas respiré.

Dans un troisième fait, l'enfant très fort, très bien constitué, mort depuis peu de temps, avait le cou serré fortement d'abord avec un lacet de bourre de soie rouge d'une longueur de deux pieds huit pouces neuf lignes, mis en double et fixé sur le côté gauche du cou par une rosette à deux anneaux, ensuite avec un morceau de soie noire provenant d'une couverture de parapluie ; le lacet, plus fortement serré, logé dans une empreinte profonde, noire, ecchymosée, se trouvait sur bien des points recouvert par la peau du cou, qui s'était gonflée et élevée en forme de bourrelet.

Plusieurs des os de la tête fracturés ; sang épanché dans le crâne et infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Remarques sur ces rapports, par M. Marc.

Les deux premiers rapports que l'on vient de lire présentent le cas extrêmement rare d'un infanticide commis sur des jumeaux. Les aveux de la coupable, qui a péri sur l'échafaud, ont confirmé les conclusions du docteur Belloc, ainsi qu'il résulte des détails suivants, qui m'ont été transmis par ce médecin, dans une lettre qui a précédé ces rapports.

Une mère accouche de deux enfants; sur la tête du premier né, entièrement sorti et *respirant*, elle frappe avec son sabot, qu'elle tient d'une main, tandis que de l'autre, placée sur la partie antérieure du cou, elle fixe le corps sur le sol. Le crime est découvert, et l'examen du cadavre donne à connaître que l'enfant a respiré et que les violences exercées sur la tête l'ont été pendant la vie.....

Cette même femme, un instant après ce premier crime, s'aperçoit qu'elle va donner naissance à un second enfant. Elle s'apprête, et au moment où la tête a franchi les parties extérieures, elle la frappe avec le même sabot qui lui a déjà servi pour tuer le premier enfant.

Qu'enseigne encore ici l'examen du cadavre? Que cette fois l'enfant a été doué seulement de la vie de circulation; *mais que c'est pendant qu'il vivait de cette vie primitive qu'on l'a frappé d'une manière si barbare.* Les fractures avec ecchymoses et épanchement sont la preuve incontestable de cette vérité.....

Plusieurs auteurs de médecine légale se sont élevés contre la dénomination d'infanticide, comme ayant une signification trop générale, et nous citerons en particulier M. Marc (voyez *Dict. de méd.* en 25 vol., art. INFANTICIDE). Ce médecin-légiste énonce, en fait, qu'en médecine légale on doit distinguer l'embryoctonie ou le fœticide, de l'infanticide, c'est-à-dire que par les deux premières expressions on doit entendre la destruction du fœtus avant son expulsion, ou par l'effet de son expulsion violente et prématurée, tandis que la troisième désigne le meurtre d'un enfant plus ou moins de temps après sa naissance. Il ajoute qu'un langage rigoureux exigerait peut-être que l'on adoptât, comme expression générique, le mot *fœticide*, pour désigner la destruction volontaire du fœtus depuis l'époque de sa formation jusqu'après celle de son expulsion; que le mot *embryoctonie* ne servît qu'à exprimer l'action de faire périr, dans le sein maternel, le fœtus non encore complétement déve-

loppé; et enfin que le mot *infanticide* ne fût appliqué qu'au meurtre d'un enfant viable.

Ces distinctions, quoique exactes, sont, suivant nous, inadmissibles en médecine légale; car cette science est tellement liée aux lois, que toute division qui ne se coordonne pas avec elles en doit être exclue, sous peine de faire prendre aux médecins des conclusions obscures pour le jury et les magistrats. En effet, la loi ne reconnaissant que deux crimes par rapport à l'enfant encore contenu dans le sein de la mère ou qui en est sorti, l'avortement et l'infanticide; spécifiant d'ailleurs très bien ces deux crimes, le premier par *accouchement prématuré et volontaire*, le second par meurtre d'un *enfant nouveau-né*, il est tout-à-fait inutile d'indiquer s'il y a embryoctonie ou fœticide, puisque la loi ne reconnaît, dans ces deux circonstances, qu'un seul et même crime, l'avortement, et qu'elle les punit de la même peine. L'intention est la même dans les deux cas; la volonté recherche le même résultat : pourquoi donc multiplier sans nécessité les divisions scientifiques?

M. Orfila signale cette omission : que la loi ne fait pas mention du meurtre d'un enfant *naissant, quoique évidemment on doive encourir la même peine que lorsqu'on assassine un enfant qui vient de naître.* (Voyez *Méd. lég.*, tome II, 126, 3e édit.)

L'homicide volontaire d'un enfant naissant serait, selon nous, punissable comme celui d'un enfant nouveau-né, car ce serait un infanticide.

Nous ne pensons pas, il est vrai, qu'une femme qui accouche au terme de la grossesse, et qui fait périr son enfant pendant l'accouchement, soit aussi criminelle que celle qui le tue alors qu'il a vécu, qu'il a respiré!!

Mais il y a aujourd'hui une grande latitude laissée par la loi pour la punition de ce crime, au moyen des dispositions de l'article 463 du Code pénal, lorsque le jury déclare l'existence de circonstances atténuantes; et les magistrats sauront toujours, dans le cas dont il s'agit, faire la part de la circonstance atténuante que nous venons de signaler.

En effet, quoi de plus propre à suspendre la volonté criminelle d'une mère, que la vue, que les cris de son enfant? Celle-

là est doublement coupable qui a long-temps médité le crime, qui persiste encore dans sa résolution, et qui même en prend pour ainsi dire une nouvelle, alors que la vue de son enfant doit avoir détruit la première.

Celle qui tue son enfant pendant l'accouchement est cependant plus coupable que la femme qui commet le crime d'avortement. Dans ce dernier cas, en effet, le meurtre s'exerce sur un enfant qui n'a pas encore atteint tout le développement qui le rend apte à parcourir les diverses phases de la vie ; dans le premier, au contraire, quoique la femme n'ait pas la certitude que son enfant soit apte à vivre, elle doit le supposer, puisque l'accouchement naturel a ordinairement lieu au terme de la grossesse.

Les médecins légistes ont admis de tout temps deux espèces d'infanticide : l'infanticide par commission et l'infanticide par omission. Cette division n'est pas conforme à la loi, qui ne reconnaît qu'une seule espèce de crime d'infanticide, celui qui est le *résultat de la volonté.* La mort de l'enfant nouveau-né, quand elle n'est que le résultat de l'incurie, de la négligence, du défaut de soins, de l'imprudence de la mère ou de tout autre individu, n'est point un infanticide, parce qu'alors la mort est réputée n'avoir pas été le résultat de la volonté ; mais la mère qui laisse agir sur l'enfant les causes certaines de mort auxquelles il est accidentellement exposé, commet encore un délit grave. La loi ne le laisse pas entièrement impuni, et dans ces cas les magistrats appliquent l'article 319 du Code pénal, ainsi conçu : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inat-» tention, négligence ou inobservation des règlements, aura » commis involontairement un homicide, ou en aura involon-» tairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de » trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. »

L'application de cet article fait sentir l'imperfection de la loi relative au crime d'infanticide. En effet, pour atteindre l'infanticide par omission, les magistrats ont recours à un article qui concerne l'homicide. Aussi persistons-nous à nous servir des dénominations par commission et par omission pour clas-

ser les faits et les exposer dans leurs rapports avec l'application de la loi, quelque imparfaite qu'elle nous paraisse.

Enfin une dernière circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que le crime d'infanticide peut être commis, soit par la mère de l'enfant, soit par une personne étrangère. Dans le premier cas, c'est une femme qui veut se soustraire au déshonneur ; dans le second, c'est un meurtrier qui veut faire disparaître les traces de sa débauche, ou qui satisfait des vues criminelles d'intérêt et de cupidité. Ici la femme est quelquefois complice ; là, elle est seule coupable ; mais, dans les deux cas, le médecin a presque toujours à examiner un corps de délit composé ; puisque les preuves de l'infanticide découlent de l'examen de l'enfant et de celui de la mère.

La recherche de toutes les preuves du crime peut soulever un grand nombre de questions. La plupart d'entre elles rentrent dans le domaine de la médecine. L'ordre à suivre dans leur exposition se trouve naturellement tracé ; les unes sont propres à l'enfant, les autres se rattachent à la mère ; nous traiterons successivement des moyens de les résoudre.

QUESTIONS RELATIVES A L'ENFANT.

Les questions qui sont soumises aux médecins devant toujours être la conséquence du texte de la loi et l'expression des besoins que réclame son application, les magistrats posent ordinairement les suivantes :

1° Le cadavre soumis à l'examen est-il celui d'un enfant nouveau-né ?

2° Cet enfant est-il né vivant ?

3° En supposant qu'il soit né vivant, combien de temps a-t-il vécu ?

4° Si l'enfant a vécu, depuis combien de temps la mort est-elle survenue ?

5° La mort a-t-elle été naturelle ?

6° La mort a-t-elle été le résultat de l'emploi de moyens de nature à porter atteinte à la vie ?

7° La mort a-t-elle été la suite d'un défaut de soins ?

La première et la seconde question, résolues négativement, excluent toute idée d'infanticide. La solution de ces questions est donc de la plus haute importance. Ce sont elles qui doivent fixer en premier lieu l'attention de l'expert.

Nous ne traiterons pas isolément le point de savoir *si l'enfant était mort avant de sortir de l'utérus;* c'est une des circonstances propres à la seconde question, car il est évident que la réponse affirmative prouve que l'enfant n'était pas *né vivant;* jamais les magistrats n'adresseront une pareille question à l'expert. C'est au médecin à examiner si l'enfant ne serait pas mort avant la naissance pour répondre à la question qui lui est soumise : *l'enfant est-il né vivant?*

Nous en dirons autant de cette autre question : *Dans le cas où un enfant serait sorti vivant de l'utérus, a-t-il vécu après l'accouchement, ou est-il mort en naissant?* « On sentira, dit M. Orfila, l'importance de cette question, en apprenant que la mort pendant la naissance peut être l'effet d'une foule de causes innocentes, que l'on apprécie en examinant la nature et la durée du travail de l'accouchement. Si l'on s'assurait que l'enfant a succombé à l'une ou à l'autre de ces causes, on devrait nécessairement écarter tout soupçon de crime. » (*Méd. lég.*, 3e édit., II, 127.) Nul doute à cet égard; mais un magistrat ne s'enquiert pas si la mort a eu lieu par l'effet de causes qui ont exercé leur influence pendant l'accouchement ou après l'accouchement. Il demande *si la mort a eu lieu naturellement, ou si, au contraire, elle a été le fait de violences exercées sur l'enfant dans le but d'attenter à ses jours?*

Cette question ne pourrait guère être soulevée que pendant les débats, alors que la mère viendrait déclarer que son enfant, qui pendant le travail a jeté des cris, est cependant arrivé mort; qu'il a présenté telle ou telle disposition du cordon; ou bien qu'étant tombée en syncope par suite d'une perte considérable, elle a trouvé son enfant mort, lorsqu'elle a recouvré la connaissance, etc., etc. C'est donc pour ainsi dire une question incidente qui est comprise implicitement dans celle de savoir *si la mort a été naturelle*, et dont nous croyons pouvoir alors traiter avec avantage.

Nous pensons encore que jamais un magistrat ne posera à l'expert la question suivante : *En admettant qu'un enfant dont on a trouvé le corps ait été tué, est-il possible de prouver qu'il appartient à la femme que l'on a accusée, et qu'elle est l'auteur du crime?* (Orfila, *Méd. lég.*, II, 128.) Si une pareille question était soumise au médecin, il n'y aurait plus matière à procès; le médecin remplirait le rôle des juges et des jurés. Ajoutons que d'ailleurs la réponse est presque toujours impossible par les seuls documents que fournit l'examen du corps de délit et celui de la femme. En effet, il ne suffit pas de trouver un enfant mort sous l'influence de violences, et dont l'époque de la mort se rattache à celle de l'accouchement d'une femme; il faut encore prouver : 1° que cette femme est sa mère; 2° qu'elle est l'auteur de sa mort; deux genres de preuves qui ne s'acquièrent pas par l'inspection du corps de délit ou par l'existence d'un accouchement coïncidant avec la mort d'un enfant, mais bien par la connaissance des circonstances du fait, ce dont les médecins n'ont jamais à s'enquérir, et ce qu'il appartient aux magistrats et aux jurés d'apprécier.

Cette question, contre laquelle nous nous élevons en tant qu'elle serait adressée à un expert, justifie la distinction que nous avons posée entre les questions qui concernent l'enfant et celles qui sont relatives à la mère. Ainsi les magistrats demanderont au médecin : Telle femme supposée être l'auteur du crime *est-elle accouchée? Y a-t-il coïncidence entre l'époque de l'accouchement de cette femme et celle présumée de la naissance de l'enfant?* On conçoit, en effet, que c'est la seule solution que l'on puisse demander à un médecin, et que s'il parvient à établir une pareille coïncidence, c'est une des charges les plus fortes qui puissent peser sur une accusée.

Nous avons cru devoir entrer dans tous ces détails pour justifier le mode d'exposition des faits que nous adoptons dans ce chapitre.

I. LE CORPS SOUMIS A L'EXAMEN DU MÉDECIN EST-IL CELUI D'UN ENFANT NOUVEAU-NÉ?

Cette question se résout en une détermination d'âge; aussi

nous suffira-t-il de faire l'exposition des caractères qui sont propres au fœtus encore contenu dans le sein de sa mère, et à l'enfant pendant les premières six semaines après la naissance, pour fournir tous les moyens d'y répondre.

DE LA DÉTERMINATION DE L'AGE DE L'ENFANT.

La détermination de l'âge, envisagée d'une manière générale, est un fait d'application à plusieurs questions de médecine légale. L'infanticide, l'avortement, la suppression, la supposition, la substitution et l'exposition d'enfant, l'identité, sont autant de sujets auxquels elle se rattache; aussi quelques médecins légistes en ont-ils fait un chapitre à part. Nous n'avons pas cru devoir en agir ainsi. Remarquons que toutes les questions que nous venons de citer, à part l'identité, se rattachent à la détermination de l'âge d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né; tandis que le fait d'identité suppose toujours la détermination de l'âge à une époque plus ou moins avancée de la vie. C'est ce qui nous a engagé à placer dans l'histoire de l'infanticide tout ce qui se rapporte à une période comprise entre le moment de la conception et le quarante-cinquième jour après la naissance, remettant la détermination de l'âge, pendant les autres phases de la vie, à la partie de la médecine légale où nous traiterons des questions d'identité.

La vie parcourt ses périodes dans l'utérus et hors de l'utérus; les diverses phases de la vie intra-utérine ne peuvent être constatées que par le développement relatif des organes qu'elle a mis en jeu; tandis que celles de la vie extra-utérine se déduisent non seulement de cet ordre de preuves, mais encore de l'exercice des fonctions de relation qui a donné lieu à un grand nombre d'actes dont beaucoup d'individus ont pu être témoins; de là les deux ordres de preuves dont nous avons fait mention. C'est surtout aux travaux de Béclard, Chaussier, Lobstein, Meckel et Oken, et surtout de Meckel, que l'on doit les principaux caractères à l'aide desquels on peut déterminer l'âge d'un fœtus à telle ou telle époque de la vie intra-utérine. Depuis ces travaux, M. Velpeau a rassemblé un grand nombre de fœtus âgés de moins de trois mois, et examiné avec le

plus grand soin le mode de développement de chaque organe. (Voyez son *Traité sur l'embryologie.*)

On sait qu'il existe des opinions très variées sur l'époque de la fécondation à laquelle on peut trouver l'embryon dans la matrice. En médecine légale, où les conclusions doivent reposer sur des faits positifs, on ne peut constater l'existence de la grossesse que dans les cas où l'on trouve un fœtus assez bien conformé pour que son existence ne puisse être l'objet d'aucune contestation ; aussi pensons-nous qu'il n'est guère possible de se prononcer d'une manière certaine avant l'époque d'un mois ; cependant, afin de fournir quelque chose de complet, nous indiquerons les caractères propres à une époque antérieure.

Nous joindrons au résumé des caractères de chaque âge l'exposé de quelques unes des ouvertures que nous avons faites à la Maternité, afin de faire voir les différences que les cas particuliers peuvent offrir. Les époques de grossesse et les circonstances remarquables des accouchements, ainsi que la durée de la vie, nous ont été fournis avec soin, et nous le devons à la bienveillance toute particulière du professeur Désormeaux, alors médecin en chef de l'hospice. C'est un tribut de reconnaissance que nous payons à sa mémoire et que nous nous empressons de joindre à celui de tous les élèves qui l'ont abordé, et dont il s'empressait d'encourager les travaux.

DÉTERMINATION DE L'AGE PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE.

Imprégnation. — Développement de la membrane caduque-utérine.

Embryon de douze jours. — Embryon ou ovule formant une ampoule au milieu d'une autre quatre fois plus grande. — Embryon peu perceptible ou se dessinant par un petit cercle. — Pas de placenta. — Traces de cordon ombilical. — Membrane caduque-utérine et membrane caduque-ovulaire, distinctes et séparées. — Chorion tomenteux très légèrement recouvert d'une espèce de duvet. — Amnios formant le quart de l'œuf. — Vésicule ombilicale de la grosseur d'un pois, placée entre le chorion et l'amnios, et contenant une

matière analogue à du jaune d'œuf; son pédicule se rend au cordon; cette vésicule est placée entre le chorion et l'amnios. — Corps réticulé ou vésicule allantoïde, placé entre le chorion et l'amnios, composé de deux feuillets disposés à la manière d'une membrane séreuse, autour de l'amnios et de la vésicule ombilicale; il ne donne pas naissance à l'ouraque, comme cela a lieu chez les oiseaux.

Embryon de trois semaines à un mois. — Il a la forme d'un serpent recourbé. — 7 à 11 millim. (3 à 5 lignes de longueur). — Sa tête se dessine par un renflement. — Son extrémité caudale est effilée et se termine par le cordon ombilical; on voit dans cette extrémité un petit filet blanc qui constitue la moelle. — Il est disposé en cercle. — La bouche est indiquée par une fente. — Les yeux, par deux points noirs.—Les membres commencent à se dessiner par de petits mamelons. Le foie occupe tout l'abdomen. — La vessie est très grande. —Le chorion est plus villeux; mais ses villosités sont toujours disséminées à sa surface. La surface interne de cette membrane est en contact avec le corps réticulé et non pas avec l'amnios.

Embryon de six semaines. —Sa longueur est de 17 à 22 mill. (7 à 10 lignes). — Son poids de 2,12 gram. à 3,90. (40 grains à 1 gros). — La face est distincte du crâne. — On aperçoit les ouvertures du nez, de la bouche, des yeux et des oreilles.— La tête est distincte du thorax.—Les mains et les avant-bras sont placés au milieu de la longueur du fœtus; les doigts sont distincts. — Les jambes et les pieds sont situés auprès de l'anus. —On aperçoit le nombril, auquel vient s'insérer le cordon ombilical, qui est composé des vaisseaux omphalo-mésentériques, d'une portion de l'ouraque, d'une partie des intestins et de filaments qui représentent les vaisseaux ombilicaux. — La clavicule et l'os maxillaire inférieur présentent un point d'ossification. — Le placenta commence à se rassembler. — Le chorion est séparé de l'amnios 1° par une matière vitriforme; 2° par le corps réticulé dans une certaine étendue. — La vésicule ombilicale est très grosse.

Embryon de deux mois. — Longueur de 36 à 41 millim. (16 à 18 lignes). — Poids de 7,81 à 16 gram. (2 à 4 gros).

— Coudes et bras détachés du tronc. — Talons et genoux isolés. — Rudiments du nez et des lèvres. — Cercle palpébral commençant à se montrer. — Clitoris ou verge apparents. — Anus dessiné par un point noir. — Rudiments des poumons, de la rate et des capsules surrénales. — Cœcum placé derrière l'ombilic. — Canal digestif rentré dans l'abdomen. — Ouraque visible. — Points osseux à l'os frontal et aux côtes. — Chorion commençant à toucher l'amnios dans le point opposé à l'insertion du placenta. — Le placenta se rassemble en gâteau. — Les vaisseaux ombilicaux commencent à se contourner.

Embryon de trois mois. — Longueur, 55 à 68 mill. (2 pouces à 2 pouces 1/2). — Poids, 32 à 48 gram. (1 once à 1 once 1/2). — Tête volumineuse. — Les paupières se touchent par leur bord libre. — La membrane pupillaire existe. — La bouche est est fermée. — Nez très saillant. — Les doigts bien isolés. — Les membres inférieurs dépassent la queue rudimentaire. — Les téguments sont distincts. — Le clitoris et le pénis sont fort longs. — Le thymus existe. — Il en est de même des capsules surrénales. — Le cœcum est placé au-dessous de l'ombilic. — Le cerveau a 5 lig., le cervelet 4 lig., la moelle allongée 1 lig. 1/2, et la moelle 3/4 de lig. — Les deux ventricules du cœur sont distincts. — La caduque réfléchie et la caduque utérine se touchent. — Le cordon contient les vaisseaux ombilicaux et un peu de gélatine de Warthon. — Le placenta est complétement isolé. — Les vésicules ombilicale et allantoïde, ainsi que les vaisseaux omphalo-mésentériques, ont disparu.

Fœtus de quatre mois. — Longueur, 13 centim. 1/2 à 16 centim. (5 à 6 pouces). — Poids, 80 à 96 gram. (2 onces 1/2 à 3 onces). — Peau rosée, assez dense, déjà doublée de granulations adipeuses dans certains points. — Bouche très grande et ouverte. — Membrane pupillaire très visible. — — Ongles commençant à paraître. — Parties génitales et sexe distincts. — Cœcum placé près du rein droit. — Vésicule biliaire. — Méconium dans le duodénum. — Valvule cœcale visible. — Ombilic dessiné et placé près du pubis. — Osselets ossifiés. — Points d'ossification des parties supérieures du sacrum. — Membrane se formant au point d'insertion du pla-

centa avec l'utérus. — Contact complet du chorion avec l'amnios.

Fœtus de cinq mois. — Longueur, 19 à 22 centim. (7 à 8 pouces). — Poids, 157 à 218 gram. (5 à 7 onces). — Volume de la tête toujours considérable comparé au reste du corps. — Cheveux commençant à paraître. — Ongles très distincts. — Peau sans enduit sébacé. — Substance blanche dans le cervelet. — Cœur très volumineux. — Reins très volumineux. — Cœcum situé à la partie inférieure du rein droit. — Vésicule biliaire assez distincte. — Germes des dents de la deuxième dentition. — Points d'ossification de la première partie du pubis ainsi que du calcanéum. Le méconium prend une teinte jaune verdâtre et occupe le commencement de l'intestin grêle.

MATERNITÉ. — *Enfant de cinq mois, du sexe masculin.* (*Je n'ai pas pu examiner ce fœtus d'une manière complète.*)

OBS. LXXX. — Il est né vivant ; mais il a cessé de vivre *immédiatement* à sa naissance. — Poids, 6 ℥ 2 3. — Longueur totale, 8 po. 9 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 2 po. 6 lig. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 3 po. 5 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 3 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 3 po. 10 lig. — Diamètre bipariétal, 1 po. 6 lig. — Diamètre occipito-frontal, 2 po. — Diamètre occipito-mentonnier, 2 po. 5 lig.

La masse intestinale offrait des circonvolutions nombreuses, et était divisée en deux parties placées de chaque côté de l'abdomen et d'égale étendue. Celle du côté gauche était entièrement formée par une portion de l'intestin grêle; celle du côté droit comprenait en outre le cœcum et l'origine du gros intestin ; le cœcum flottait à droite au-dessous du foie.

Le méconium était contenu dans la presque totalité des circonvolutions d'intestin grêle de droite, et s'arrêtait juste au cœcum.

Quand on dépliait les deux masses intestinales, on les voyait réunies en arrière par le mésentère et par une anse transverse de l'intestin grêle.

Fœtus de six mois. — Longueur, 246 à 270 millim. (9 à 10 pouces). — Poids, 500 gram. (1 livre). — Peau présentant quelques apparences de fibres dermoïdes. — Paupières encore agglutinées. — Membrane pupillaire. — Bosselures du colon. — Cordon inséré un peu au-dessus du pubis. — Pieds d'un rouge pourpre. — Cheveux blancs ou argentins. — Commencement d'enduit sébacé. — Méconium dans l'intestin grêle. — Foie d'un rouge sombre. — Vésicule contenant un fluide séreux sans amertume. — Bosselures du colon. — Testicules près des reins. — Point d'ossification aux quatre parties du sternum.

MATERNITÉ. — *Enfant de six mois, du sexe féminin, mort-né.*

OBS. LXXXI.— Poids, 1 ℔ 11 ℥ 6 ʒ. — Longueur totale, 12 po. 11 lig. — Membres supérieurs mesurés des aisselles aux poignets, 4 po. 2 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 4 po. 10 lig.— Membres inférieurs, des aines aux talons, 4 po. 9 lig.; des aines à l'extrémité des orteils, 5 po. 9 lig. — Diamètre bipariétal, 2 po. 7 lig. — Diamètre occipito-frontal, 3 po.—Diamètre occipito-mentonnier, 3 po. 1/2.—Diamètre costal, 3 po. 1 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 1 po. 10 lig. — Conformation : Tous les membres ainsi que les saillies des os se dessinent, en sorte que les membres ont des formes anguleuses au lieu d'être arrondies. Les côtes sont très visibles, et cette saillie des os tient à l'absence du tissu cellulaire sous-cutané, qui, à cet âge, ne contient pas de graisse ni de sérosité. La peau est déjà assez bien organisée; mais elle offre une teinte rosée dans toute l'étendue de la tête, à la poitrine et aux membres, principalement aux bras, aux avant-bras et aux jambes. Elle n'est pas diaphane. Les cheveux sont très courts et très peu nombreux. Les paupières fermées et entièrement adhérentes l'une avec l'autre. Le nez, la bouche sont peu contournés. Les ongles sont petits, mais ils atteignent l'extrémité des doigts. (S'il est vrai que chez un fœtus à terme et bien conformé les ongles sont longs, et que quelquefois ils dépassent même l'extrémité des doigts, ce signe me paraît peu significatif, attendu que je vois en général les ongles proportionnés dans leur dimension à la dimension des parties. On pourrait peut-être les envisager sous un autre point de vue, et dire qu'ils forment le quart ou la moitié de la circonférence de l'extrémité des doigts, ce qui me paraîtrait plus exact. Ainsi, dans le fœtus dont il s'agit, ils forment tout au plus le quart de la circonférence de l'extrémité des doigts.) Le cordon ombilical est mince, charnu, contourné sur lui-même, et semble se continuer, par son enveloppe extérieure, avec la peau de l'anneau, et par conséquent avec celle de l'abdomen. (Les auteurs n'ont pas fait assez d'attention à cette disposition : plus le fœtus avoisine le terme de la grossesse, plus il existe une ligne de démarcation tranchée à l'endroit de l'insertion du cordon.) Le cœcum est placé sous le foie; et à droite le méconium remplit *tout le gros intestin et le rectum*. Ainsi ce qu'ont dit les auteurs à ce sujet, relativement à sa situation dans divers points du canal intestinal, suivant l'âge, ne serait pas toujours exact.

MATERNITÉ. — *Enfant de six mois et demi, sexe féminin, mort-né.*

OBS. LXXXII.— Poids total, 2 ℔ 7 ℥ 3 ʒ 1/2.—Longueur, 1 p. 3 po. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 6 lig.— Membres inférieurs, des aines aux talons, 5 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 6 lig.— Moitié du corps correspondant à 6 lignes au-dessus de l'ombilic.— Conformation externe bonne; peau assez bien organisée, mais partout d'un rouge vif; fœtus très chétif et imparfaitement conformé dans toutes ses parties; tissu cellulaire infiltré de sérosité. — Cheveux assez abondants, mais courts, 6 lignes. — Ongles très minces, atteignant à moitié l'extrémité des doigts. — Pas de traces d'enduit sébacé. — Diamètre bipariétal, 2 po. 8 lig. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. 5 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 3 po. 1/2. — Thorax : diamètre costal, 2 po. 9 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 2 po. 5 lig. — Cordon assez épais, à parois diaphanes, très gélatineux; les veines ombilicales se dessinent à travers et on les voit contournées en spirales très rapprochées. Anneau à peine

marqué ; peau mal organisée.— Thymus, poids, 1/2 ℥ 42 gr.— Poids, poumons et cœur, 2 ℥ 18 gr. Immersion complète. — Poids, poumons, ℥ 1/2 et 18 gr. Immersion complète. — Les lobules pulmonaires, extrêmement petits, sont unis très lâchement par le tissu cellulaire. — Foie, poids, 1 ℥ 6 ʒ 54 gr. La vésicule du fiel, à parois très transparentes, contient un liquide muqueux filant et un peu coloré en jaune.— Canal intestinal très petit, à circonvolutions nombreuses. — Aucune apparence de méconium.

Fœtus de sept mois. — Longueur de 30 à 32 centim. (11 à 12 pouces.) — Poids de 1500 à 2000 gram. (3 à 4 livres.) — Peau rosée, fibreuse, épaisse. — Commencement d'enduit sébacé. — Ongles n'arrivant pas encore à l'extrémité des doigts. — Les paupières ne sont plus adhérentes. — La membrane pupillaire est moins sensible. — Il existe un point d'ossification dans l'astragale. — Le méconium occupe la presque totalité du gros intestin. — On commence à apercevoir des valvules conniventes.—Le cœcum est placé dans la fosse iliaque droite. — Le lobe gauche du foie est presque aussi gros que le lobe droit. — La vésicule contient de la bile. — Le cerveau est plus consistant; il ne renferme pas encore de substance blanche.—Les testicules sont plus éloignés des reins.

Maternité. — *Enfant de sept mois, du sexe masculin, mort avant la naissance. Depuis huit jours la mère ne sentait plus les mouvements de l'enfant.*

Obs. LXXXIII. — Poids, 5 ℔ 11 ℥ 1/2.— Longueur, 15 po. 1/2.— Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 9 lig.— Membres inférieurs, des aines aux talons, 5 po. 6 lig.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 9 lig —Moitié du corps correspondant à 2 lig. au-dessus de l'ombilic.— Conformation grêle.— A demi putréfié dans le sein de la mère, le scrotum et le ventre principalement; la tête, les membres et la poitrine sont sains. — Cheveux abondants, ayant 7 lig. de longueur. — Ongles atteignant presque l'extrémité des doigts. — Quelques traces d'enduit sébacé. — Diamètre bipariétal, 3 po. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. — Diam. occipito-mentonnier, 4 po. 5 lig. — Cordon et anneau putréfiés, rouge brunâtre, épais, sans plis ni rides, et ne formant qu'un cylindre brunâtre, sans torsion. — Thymus, poids, 42 gr. — Poids, poumons et cœur, 2 ℥. Immersion complète. — Poids, poumons, 1 ℥ 1/2. Immersion complète. — Foie, 3 ℥ 7 ʒ 1/2.

L'abdomen et la partie supérieure des cuisses portaient les traces d'une putréfaction qui avait dû se développer trois ou quatre jours avant la naissance; tout le tronc était mollasse; les côtes sans aucune élasticité; il semblait que le tronc ne formait qu'une masse charnue, qui, posée sur un côté ou sur un autre, prenait toujours la forme d'un cylindre aplati. La peau de cette partie, et principalement celle de l'ab-

domen, était d'un rouge brunâtre dépourvu d'épiderme. Le cordon qui en naissait n'était plus aussi vrillé qu'il aurait dû l'être. C'était un cylindre rougeâtre à parois lisses, unies, plus volumineux que d'ordinaire, ayant perdu toute sa transparence, et à la surface duquel il était impossible d'apercevoir aucun vaisseau.

Les diverses parties de la face étaient déformées. Sur plusieurs points de la tête l'épiderme se détachait. Quoique la peau du col et des épaules, ainsi que celle des jambes, des bras et des avant-bras, fût encore avec la teinte ordinaire de la peau, on en détachait cependant bien facilement l'épiderme.

Les cavités de la poitrine et du ventre contenaient une grande quantité d'un fluide séro-sanguinolent, brunâtre; les vaisseaux et le cœur étaient flasques et vides de sang en grande partie.

On voit que la putréfaction suit chez le fœtus, dans l'eau de l'amnios, une marche autre que chez les noyés; qu'elle commence par le cordon et le ventre, puis la tête, puis les membres, et que les mains et les pieds se conservent plus long-temps.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe masculin. Terme de sept mois et demi. Mort avant la naissance.*

OBS. LXXXIV. — Poids, 2 ℔ 11 ℥ 1 ʒ. — Longueur totale, 41 centimètres (15 po.). — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po. 4 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 4 po. 9 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 4 po. 9 lignes; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 5 lignes. — Conformation bonne. — Cheveux très nombreux, mais ils n'ont que 6 lignes de longueur. — Ongles presque à l'extrémité des doigts, mais très petits, 1 ligne de largeur. — Peau très rouge, non complétement organisée, extrêmement ridée, plissée et molle; l'épiderme s'en détache par le fait de la putréfaction. La peau est tellement transparente, que l'on aperçoit la graisse par petites plaques séparées à travers le derme. Cet état n'est toutefois bien prononcé qu'au-devant du col et en distendant la peau. — Enduit sébacé à la face, à la partie supérieure de la poitrine et des bras; il n'en existe pas à la partie inférieure de la poitrine et de l'abdomen, non plus qu'aux membres inférieurs, un peu en avant des fesses. — Diamètre bipariétal, 2 po. 9 lig. — Diam. occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diam. occipito-mentonnier, 4 po. 1 lig. — Moitié du corps correspondant à 1 po. 1/2 au-dessus du cordon. Thorax, diamètre costal, 3 po. 11 lig. — Fibro-cartilages du sternum mous, flasques, se déprimant par leur propre poids. — Diamètre sterno-vertébral, 2 pouces 4 lig. — Les os du crâne ne se touchent pas par leurs bords; les fontanelles sont très larges; celle temporo-frontale existe. — Cordon épais, volumineux, rouge-brunâtre, évidemment en putréfaction commençante. — Anneau ombilical très peu saillant, ne formant pas de bourrelet. — Thymus extrêmement petit, pesant 28 gr., très peu consistant. — Poids, poumons et cœur, 7 ʒ 1/2 17 gr. Immersion complète. — Poids, poumons, 5 ʒ. Immersion.

Fœtus âgé de huit mois. — 36 à 40 centim. (13 à 15 pouces) de longueur, pesant 2000 à 2500 gram. (4 à 5 livres.) — Peau recouverte d'un enduit sébacé plus marqué. — Ongles arrivant à l'extrémité des doigts. — La membrane pupillaire commence

à s'effacer vers la fin de ce mois. — Il existe un point d'ossification à la dernière vertèbre du sacrum. — Le cartilage qui forme l'extrémité inférieure du fémur ne présente point encore de point osseux. — Le cerveau offre l'apparence de circonvolutions, mais il n'existe pas encore de substance blanche. — Les testicules s'engagent dans les anneaux sus-pubiens.

MATERNITÉ. — *Enfant de huit mois, sexe masculin, mort-né.*

OBS. LXXXV. Poids, 4 ℔ 1 ℥. — Longueur totale, 17 po. 4 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 5 lignes; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 5 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 pouces; des aines à l'extrémité des orteils, 7 po. 5 lignes. — Moitié du corps correspondant à 10 lig. au-dessus de l'ombilic. — Diamètre bipariétal, 3 po. 3 lig. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. 9 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. 7 lig. — Diamètre costal, 3 po. 11 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 2 po. 7 lig.

Conformation généralement bonne sous le rapport des formes; mais la peau n'est pas encore parfaitement organisée; elle a une injection, une teinte généralement rouge; elle est plissée, chagrinée, dépourvue aux membres d'une certaine proportion de tissu cellulaire sous-cutané. Cheveux nombreux, mais courts; ongles n'atteignant pas tout-à-fait l'extrémité des doigts; enduit sébacé fort abondant à toute la surface du corps. Cordon très gélatineux, distinct de l'anneau cutané, mais il fait suite encore avec la peau; il n'a pas de ligne de démarcation bien distincte. Les os du crâne sont très mobiles les uns sur les autres; les fontanelles plus larges qu'à terme. Le nez, les oreilles encore peu détachés; les lèvres d'un rouge vif et brunâtre; les paupières encore collées par leurs bords libres; elles ne se détachent qu'à l'aide d'une traction. — Thymus, 3 ʒ. — Poids, poumons et cœur, 2 ℥ 1 ʒ 42 gr. Immersion complète. — Poids, poumons, 1 ℥ 3 ʒ 42 gr. Immersion complète. — Foie, 3 ℥ 1/2. — Point osseux ne consistant que dans quelques apparences de vaisseaux sanguins.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe féminin à terme, mort pendant le travail de l'accouchement; l'enfant présentait l'épaule.*

OBS. LXXXVI. — Longueur totale, 19 po. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 1/2; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 9 lig.; des aines à l'extrémité des pieds, 7 po. 1/2. — Poids, 5 ℔ 8 ℥ 8 ʒ 39 gr. — Conformation très bonne. — Diamètre bipariétal, 3 po. 3 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 2 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. — Cordon frais. — Foie, poids, 4 ℥ 7 ʒ. — Poumons : ils remplissent incomplétement la cavité de la poitrine; mais au lieu que l'espace vide soit situé en dehors des poumons, il se trouve entre le cœur et la face interne de ces organes, en sorte qu'ils sont couchés sur leur face externe; du reste, ils n'ont pas respiré, car ils sont compactes, homogènes, d'une couleur violacée : ils immergent dans l'eau. (L'enfant a été asphyxié pendant le travail.) Leur poids est de 1 ℥ 5 ʒ 6 grains. — Thymus volumineux très étendu sur l'origine des vaisseaux et sur la partie supérieure du cœur. — Poids, 3 ʒ 35 gr.

MATERNITÉ. — *Enfant jumeau de huit mois, du sexe féminin. Beaucoup plus petit que le second enfant, ayant vécu pendant dix-huit heures.*

OBS. LXXXVII. — Poids, 1 ℔ 14 ℥ 1/2. — Longueur du corps, 15 po. 11 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po. 4 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 2 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 4 po. 11 lig.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. — Moitié du corps correspondant à 11 lignes au-dessus de l'ombilic. — Conformation très bonne; peau bien organisée et très blanche, très dense; pas de traces d'enduit sébacé. — Cheveux assez nombreux, 7 lig. de long environ. — Ongles très petits, atteignant presque l'extrémité des doigts, assez fermes. — Diamètre bipariétal, 2 po. 9 lig. — Diamètre occipito-frontal, 5 po 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. 10 lig. — Thorax, diamètre costal, 2 po. 9 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 2 po. 5 lig. — Cordon aplati, desséché, non vrillé, contourné; les vaisseaux se dessinant à travers par des stries de sang. — Peau de l'anneau ferme et consistante. — Thymus, poids, 50 gr. — Poids, poumons et cœur, 1 ℥ 1/2 ʒ. Immersion : surnagent. — Poids, poumons, 5 ʒ 12 gr. Immersion : surnagent. — Ils sont bien développés par l'air; teinte rosée; vaisseaux capillaires bien injectés. — Foie, poids, 1 ℥ 2 ʒ 16 gr. — Il est d'un rouge assez clair et non pas noir comme chez les enfants qui n'ont pas respiré. — Le méconium remplit le gros intestin.

Fœtus âgé de neuf mois ou à terme. — 43 à 48 centim. (16 à 18 pouces) de longueur (1). — 3125 gram. (6 livres 1/4) terme moyen (2). — La moitié du corps correspond à 7 lignes 1/2

(1) On a rarement vu des enfants n'avoir à terme que 13 po. Quelquefois on en a observé de 21, de 24, et même de 25 pouces (le dernier cas est cité par Millot).

(2) Des recherches ordonnées par Camus, administrateur des hôpitaux, ont donné pour résultat, sur 1601 enfants à terme, les poids suivants : 3 enfants de 2 livres, 31 de 3 lb., 97 de 4 lb., 308 de 5 lb, 666 de 6 lb., 380 de 7 lb., 100 de 8 lb., et 16 de 9 lb.; le poids moyen est, suivant Chaussier, de 6 1/4, de 6 à 7 livres selon Rœderer; Mauriceau (*Aphor.* 79.) dit qu'un enfant qui naît à neuf mois pèse de 11 à 12 livres; celui de huit mois 7 à 8 livres; celui de sept mois 4 livres. Baudelocque en a vu de 10 et de 13 livres; on en a cité de 15 livres et de 25, mais Baudelocque en nie la possibilité. Selon Augier, le poids du fœtus parfait est de 7 ou 8 livres et au plus 10. Sur 4000 enfants nés à la Maternité de Paris dans un espace de temps déterminé, madame Lachapelle n'en a pas rencontré un seul qui pesât 12 livres.

Un accouchement difficile a eu lieu, le 11 juin 1835, à Boulogne-sur-Mer; il en est résulté un enfant mort en naissant, mais d'une grosseur et d'une forme extraordinaires; il pèse 13 livres; il est long de 22 po. du sommet de la tête à l'extrémité du pied droit, et de 17 po. à celle du pied gauche. Large de 7 pouces 3 lignes au sommet des épaules; il a 14 pouces de circonférence sous les aisselles, et 17 pouces 1/2 à la hauteur de la septième côte; les bras, les avant-bras, les poignets, les cuisses, les jambes sont aplatis et recourbés de dehors en dedans. Toutes ces articulations sont très obliques, et chaque extrémité porte six doigts bien conformés. Un prolongement tégumentaire existe au-dessous de la symphyse du pubis; il est divisé en deux parties d'inégale longueur par le raphé; il ne se trouve ni en dehors ni en dedans de la région pubienne aucune trace d'organe de la génération. La dissection la plus minutieuse ne fait rien découvrir. Ainsi, ce qui est extrêmement remarquable, cet enfant n'a pas de sexe. Les reins présentent chacun une masse de 5 pouces de long sur 3 pouces de large, de forme ovalaire; ils sont composés

au-dessus de l'ombilic (1). — La tête présente les diamètres suivants : occipito-frontal, 110 mill. (4 pouces); occipito-mentonnier, 150 milli. (5 pouces); bipariétal et sphéno-bregmatique, 85 mill. (3 pouces 6 lignes); grande circonférence, 37 centim. (14 pouces); circonférence transversale, 28 centim. (10 pouces 6 lignes). — On sentira facilement combien la tête est susceptible de varier, tant dans sa forme que dans son volume, et que, suivant les cas, un diamètre peut offrir une prédominance d'accroissement sur un autre. — La tête est recouverte de cheveux en plus ou moins grande quantité; leur longueur est de 9 à 12 lignes. – La peau est recouverte d'un enduit blanchâtre en général assez abondant. Cet enduit *sébacé* se remarque principalement au pli des aines ou du cou et au creux des aisselles; il est en raison du développement du système lymphatique de l'enfant. — Les membres thoraciques, mesurés du creux de l'aisselle à l'extrémité des doigts, sont plus longs que les membres inférieurs mesurés du pli de l'aine au talon. (Cette manière d'établir une comparaison entre les membres supérieurs et les membres inférieurs, par rapport à leur développement relatif, a conduit à une conséquence fausse, puisqu'on en a inféré que les membres inférieurs se développaient beaucoup plus tard que les membres supérieurs; opinion qui est loin d'être d'accord avec la vérité. Les membres inférieurs sont toujours plus longs que les membres supérieurs. On peut voir à ce sujet les mesures que nous avons rapportées dans les observations qui précèdent et dans celles qui suivent.) — Les pieds forment le sixième de la longueur totale du corps. — La membrane pupillaire n'existe plus. — Le conduit auditif externe est entièrement cartilagineux. — Les quatre portions de l'os occipital sont encore distinctes. — L'os hyoïde n'est pas ossifié. — Il existe un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur. C'est le seul os long qui ait un com-

de gros tubercules et de granulations de couleur bleuâtre, entremêlés de filaments et de vésicules de grosseur très variable, ayant l'apparence d'hydatides.

(1) Chaussier a avancé à tort que la moitié du corps de l'enfant à terme répondait un peu au-dessus du nombril. La mesure de 7 lignes 1/2 est la moyenne des chiffres auxquels nous a conduit l'observation d'un assez grand nombre d'enfants. Depuis nos recherches, M. Moreau a trouvé que 10 lignes était la moyenne qu'il fallait adopter.

mencement d'ossification épiphysaire. — Le cerveau présente quelque apparence de substance blanche. Le foie descend jusqu'à l'ombilic.— Les testicules ont dépassé l'anneau inguinal, et peuvent même se rencontrer dans le scrotum. — Le méconium occupe la fin du gros intestin. — Le cordon ombilical est inséré à sept lignes au-dessous du milieu du corps, 10 lig. (Moreau.)

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe masculin à terme, mort pendant le travail de l'accouchement, à la suite d'hémorrhagie, par le placenta implanté au col de l'utérus.*

OBS. LXXXVIII. — Longueur totale, 20 po. 7 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 7 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 1/2. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 7 lig.; des aines à l'extrémité des orteils, 7 po. 9 lig. — Poids, 5 ℔ 2 ℥ 3 3 1/2. — Conformation générale bonne, enfant très fort. — Cheveux très nombreux, très longs. — Ongles à l'extrémité des doigts. — Peau très bien organisée, d'un rouge violacé, comme dans la mort par asphyxie. — Enduit sébacé très abondant. — Diamètre bipariétal, 3 po. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 3 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. — Moitié du corps correspondant à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Cordon très frais, volumineux, gras, saignant à son extrémité, sans ligature. — Anneau très blanc, flétri, mais sans aucune trace inflammatoire. — Poumons immergeant complétement. — Poids, 2 ℥ 1 3 6 gr.

MATERNITÉ. *Enfant à terme. Mort-né.*

OBS. LXXXIX. — Sexe masculin. — Poids, 4 ℔ 4 ℥ 4 3. — Longueur totale du corps, 17 po. 2 lignes. — Longueur des membres supérieurs, mesurés des aisselles aux poignets, 4 po. 5 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 4 lig. — Longueur des membres inférieurs, mesurés des aines aux talons, 6 po. 3 lig.; des aines aux orteils, 6 po. 10 lignes. — Tête : diamètre bipariétal, 3 po. 1/2. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. 9 lig. — Diamètre costal, 5 po. 10 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 3 po. — Conformation très bonne; le type d'un enfant né à terme; sur les membres, des pustules blanches, dont quelques unes sont excoriées. — Peau très bien organisée. — Cheveux très nombreux et très longs. — Ongles dépassant l'extrémité des doigts. — Enduit sébacé très abondant. — Cordon très gélatineux et très gros. — Anneau offrant une peau bien ferme qui contraste avec l'état gélatineux du cordon. Un petit cercle rouge existe au pourtour du prolongement cutané qui unit le cordon à l'anneau. — Les os de la tête très solides, peu mobiles. — *Tissu cellulaire sous-cutané* très consistant, blanc-jaunâtre.

Les deux poumons ont éprouvé une altération qui paraît assez commune, qui ne les rend plus perméables à l'air; ce n'est pas l'hépatisation rouge des poumons; leur tissu, quoique ayant la même densité que dans ce genre d'altération, sont gris blanc ou plutôt blafards, compactes, dur, charnus. Si on les insuffle, quelques cellules çà et là s'injectent; incisés, on voit que tous les lobules sont imprégnés d'une sérosité blanchâtre. — Poids du foie, 5 ℥ moins un demi-gros.

Poids des poumons, 3 ℥ 2 3. — *Immersion complète dans l'eau.* —

Le thymus offre le même état compacte ; il est encore plus blanc que les poumons. Le volume de ces organes a augmenté, car par l'immersion ils déplacent autant d'eau que ceux des poumons des fœtus qui ont respiré, ce dont nous nous sommes assuré ; ils sont aussi beaucoup plus lourds que les poumons dans lesquels la respiration s'est effectuée, puisque leur poids est de 5 ℥ 2 ʒ. — La veille pareil fœtus à terme a été ouvert ; les poumons et le thymus étaient dans le même état et le poids égal. — Le foie est très pesant.

MATERNITÉ. — *Enfant à terme. Mort-né.*

OBS. XC. — Sexe masculin. — Accouchement laborieux, l'écoulement des eaux l'ayant précédé depuis long-temps.— Poids, 6 ℔ 11 ℥ 5 ʒ. — Longueur, 20 po. 1/2. — Longueur des membres supérieurs, mesurés des aisselles aux poignets, 5 po. 1 lig. ; de l'aisselle à l'extrémité des doigts, 7 po. 5 lig. — Longueur des membres inférieurs mesurés des aines aux talons, 7 po. 6 lig. ; de l'aine aux orteils, 8 po. 9 lig. — Moitié du corps correspondant à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Enfant très fort, bien constitué dans toutes ses parties. — Cheveux fins, nombreux, n'ayant pas plus de 8 à 10 lignes de longueur. — Ongles très larges et dépassant l'extrémité des doigts. — Enduit sébacé très abondant aux mains, aux pieds et aux plis des aisselles. — Diamètre bipariétal, 4 po. moins 1 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 7 lig. —Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. 1/2.—*Thorax, diamètre sterno-vertébral*, 5 po. 1/2. — Diamètre costal, 4 po. 1/2. — Cordon vrillé, épais, charnu ; peu de gélatine de Warthon ; à peine des traces de rougeur à l'anneau ; aucune apparence de la chute du cordon ; thymus, poids, 4 ʒ. — Poids des poumons et du cœur, 5 ℥ 1 ʒ. Immersion complète dans l'eau. — Poids des poumons, 2 ℥. Immersion complète. — Foie, 5 ℥ 6 ʒ 1/2 ; teinte brune très foncée.

MATERNITÉ. — *Enfant à terme, sexe masculin. Mort-né.*

OBS. XCI.—Poids, 6 ℔ 15 ℥ 4 ʒ.—Longueur, 20 po. 1/2.—Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. 4 lig.—Membres inférieurs, des aines aux talons, 7 po. ; des aines à l'extrémité des orteils, 8 po. 5 lig.—Milieu du corps correspondant à 2 lig. au-dessus de l'ombilic.—Diamètre bipariétal, 3 po. 7 lig.— Diamètre occipito-frontal, 4 po. 4 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. 5 lig. — Diamètre costal, 4 po. 1/2. — Diamètre sterno-vertébral, 3 po. 2 lig. — Conformation : Enfant extrêmement fort, bien conformé. — Peau parfaitement organisée. — Cheveux nombreux, mais courts, 5 lig. environ. — Ongles bien cornés, dépassant l'extrémité des doigts. — Enduit sébacé abondant à la tête, au pli des aisselles et des bras. — Cordon mou, flasque, verdâtre ; il n'a pas même été coupé. — Le cordon et la peau du prolongement cutané offrent une différence bien tranchée d'organisation. Le pourtour de l'anneau est injecté et rouge comme si une inflammation s'était déjà un peu développée. *Elle peut donc exister sans que pour cela il y ait eu vie, et ce signe perd par cela même de sa valeur, pour démontrer, par exemple, que l'enfant aurait vécu quelques heures.* — Thymus, 3 ʒ 1/2. — Poids, poumons et cœur, 3 ℥ 1/2 ʒ. Immersion complète. — Poids, poumons, 1 ℥ 5 ʒ 1/2. — Immersion complète. — Foie, 5 ℥ 5 ʒ, énorme. — *Le méconium n'est encore qu'à la fin de l'intestin grêle.*

Maternité. — *Sexe masculin. Enfant à terme. Insufflation pratiquée pendant la vie.*

Obs XCII. — Poids, 6 ℔ 14 ℥. — Longueur, 18 po. 10 lig. — Membres supérieurs, mesurés des aisselles aux poignets, 4 po. 9 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. 3 lig. — Membres inférieurs mesurés des aines aux talons, 7 po.; des aines a l'extrémité des orteils, 8 po. 8 lig. — Moitié du corps correspondant à 2 lig. au-dessus de l'ombilic. — Diamètre bipariétal, 3 po. 9 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. 1 lig. — Diamètre costal, 4 p. 1/2. — Diamètre sterno-vertébral, 3 po. 3 lig. — Conformation générale très bonne; enfant très fort. — Peau complétement organisée, violacée sur une grande partie de la surface du corps, et principalement aux membres, comme chez les asphyxiés. — Cheveux très nombreux, très longs; beaucoup ont plus d'un pouce de longueur. — Ongles dépassant très sensiblement l'extrémité des doigts. — Il n'existe pas de traces d'enduit sébacé. — Le cordon, encore saignant, est sans ligature; son extrémité libre est mâchée, coupée inégalement, comme si cette section n'avait pas été faite avec des ciseaux, ou au moins comme si elle avait été faite par de mauvais ciseaux. — Tissu cellulaire sous-cutané très dense, très graisseux. — Muscles très formés et très prononcés. — — Thymus, 6 ʒ. — Poids des poumons et du cœur, 2 ℥ 5 ʒ. — Immersion : surnatation. — Poids des poumons, 5 ʒ. — Immersion : le poumon droit va au fond; le gauche se soutient, mais sa surface ne dépasse pas l'eau. Le lobe antérieur du poumon gauche fait surnager tout le poumon. — Foie, 5 ℥ moins un demi-gros. — Point osseux dessiné par des vaisseaux. — Le lobe inférieur des poumons va au fond de l'eau. — Quelques portions du poumon droit détachées surnagent; on y distingue à l'œil les vésicules pulmonaires distendues par de l'air. Cet air existe tout le long du bord antérieur du poumon, à part quelques cellules isolées, dilatées séparément au centre de la masse pulmonaire. La plupart de ces cellules sont blanches; *leur aspect m'a fait reconnaître que l'insufflation* avait été pratiquée pour chercher à rappeler l'enfant à la vie, et en effet elle avait été opérée avec une canule. Le sommet du poumon n'est pas dilaté, cependant c'est ordinairement par cette partie que commence la respiration. La portion dilatée par de l'air est tout-à-fait isolée des lobules pulmonaires non dilatés. Est-ce un effet naturel ou le produit des efforts de l'insufflation? c'est ce que j'ignore.

Cette observation viendrait à l'appui de l'opinion émise par Mahon, Fodéré et d'autres auteurs de médecine légale, à savoir que le poumon droit se dilate plus facilement que le poumon gauche. Chaussier a combattu cette opinion et déclaré avoir observé des faits où une disposition toute contraire existait.

Maternité. — *Enfant du sexe féminin à terme, ayant vécu dix-huit heures.*

Obs. XCIII. — Longueur totale du corps, 53 centimètres 1/2. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 9 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 1/2; des aines à l'extrémité des orteils, 7 po 10 lig. — Poids, 6 ℔ 2 ℥. — Conformation générale très bonne, enfant très fort. — Cheveux longs, 1 po. 1/2 et nombreux. — Ongles très bien conformés, dé-

passant un peu l'extrémité des doigts. — Peau bien organisée, blanche, ferme. — Enduit sébacé nul. — Diamètre bipariétal, 3 po. 1 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 2 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. 8 lig. — Thorax : diamètre sterno-costal, 3 po. 10 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 3 po. 5 lig. — Moitié du corps correspondant à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Cordon, 1 p. 1/2 de longueur, légèrement vrillé à son origine, ne consistant plus qu'en une lame analogue à du parchemin; les trois vaisseaux y sont très bien dessinés par le sang noir et desséché qu'ils contiennent — Anneau plissé, ridé, ayant une tendance à former un cul-de-sac à l'endroit de l'insertion du cordon, pas d'apparence de cercle inflammatoire, ni de mucus ou de pus ; le cordon à son insertion paraît former une sorte de champignon, ce qui n'a pas lieu quand la dessiccation s'en opère après la mort. — *Thymus*, poids, 5 gros et 12 grains. — Poids : poumons et cœur, 4 ℥ moins 24 grains. Immersion, surnagent même après compression. — Poids : poumons, 2 ℥ 4 ʒ 1/2. Immersion, surnagent même après section et compression. — Les poumons sont développés par de l'air dans toute leur partie antérieure à leur sommet, mais la partie postérieure est encore charnue. — Foie : poids, 5 ℥ 2 gr. 1/2. — Point osseux du condyle, rien. — Vaisseaux irradiant plutôt à gauche qu'à droite.

Les caractères de l'époque du neuvième mois étant le cachet de la maturité parfaite, nous allons y insister. Le plus concluant de tous est l'existence d'un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur *entre les deux condyles*. Mais il ne présente pas toujours le même aspect, le même degré d'organisation ; et comme l'époque de son développement est à peu près constante, il en résulte qu'il devient un indice puissant pour résoudre la question de l'âge. Dans son origine, on aperçoit au centre du cartilage d'un blanc mat un ensemble de petits vaisseaux sanguins très distincts qui rayonnent du centre à la circonférence. Peu à peu le nombre de ces vaisseaux augmente tellement, qu'ils constituent une petite surface rouge, arrondie, d'une ligne à une ligne et demie de diamètre, au pourtour de laquelle se dessinent encore quelques stries vasculaires ; puis, au milieu de cette surface, se manifeste le point osseux avec sa couleur d'os, sa consistance et sa forme sphérique, susceptible pourtant d'être coupé avec un instrument tranchant, mais criant sous le scalpel qui le divise ; de manière à ce que, si l'on opère des sections successives de bas en haut sur le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur, on sent une résistance croissante de sa surface libre au point osseux, et décroissante du point osseux à la jonction de l'épiphyse. Le point osseux a en effet une forme sphérique ; c'est

un globule, et par conséquent il est d'autant plus dur que l'on se rapproche de son centre. — La conséquence des détails dans lesquels je viens d'entrer, c'est qu'on pourra juger du terme plus ou moins parfait de la grossesse par l'état plus ou moins avancé de l'ossification du fibro-cartilage. — Le point auquel correspond le milieu du corps peut aussi offrir des variations; mais comme plus l'enfant avance en âge et plus il se rapproche du pubis, on tirera de la position de ce point des conséquences en faveur ou contre la maturité de l'enfant. — Les auteurs n'ont pas suffisamment porté leur attention sur l'organisation de la peau de l'enfant nouveau-né ; c'est cependant un indice de beaucoup de valeur. Quel contraste à établir entre une peau ferme, dense, blanche, à tissu homogène, avec celle des enfants qui sont loin du terme et que l'on peut dépeindre par les caractères suivants : coloration en rouge plus ou moins vif ; tissu paraissant formé par une série de petites plaques rouges, séparées par des intervalles de tissu cellulaire translucide, diaphane, sans texture homogène, au milieu de laquelle on aperçoit quelquefois des vaisseaux qui le parcourent ? Cet état, il est vrai, est déjà assez éloigné de l'époque de neuf mois de grossesse; mais entre ces deux extrêmes, il existe des nuances que l'on peut apprécier et dont il faut tenir compte.

Les notions que nous venons de fournir pour déterminer l'âge d'un fœtus sont loin d'être d'une exactitude rigoureuse. Nul doute qu'il reste encore beaucoup à faire sur cette matière importante. Nous ferons remarquer, par exemple, que l'appréciation du poids du fœtus est peut-être un peu forcée dans les premiers temps de son développement; que sa longueur aux diverses époques n'est pas tout-à-fait rigoureuse; mais nous pensons nous être approché de la vérité en diminuant les proportions qui étaient indiquées pour les trois premiers mois de la vie intra-utérine.

Le médecin-juré doit apporter, dans la recherche des notions propres à faire connaître l'âge de l'enfant, une marche régulière d'autant plus importante, que de l'observation rigoureuse de cette marche dépend le succès de ses recherches. (Voy. *Des ouvertures de corps en matière d'infanticide*, à la fin de ce chapitre.)

DÉTERMINATION DE L'AGE PENDANT LA VIE EXTRA-UTÉRINE.

De la naissance au quarante-cinquième jour. — La détermination de l'âge pendant cette période repose sur une succession de phénomènes qu'il est très important de connaître, puisque, dans la supposition même où, par des circonstances particulières, il serait impossible de se livrer à des expériences de docimasie, on pourrait prouver que la respiration s'est exécutée, en s'étayant seulement de caractères tout-à-fait étrangers aux poumons; aussi allons-nous tracer avec soin les conséquences auxquelles ont conduit les travaux récents de MM. Billard et Denis sur cette matière.

Ces phénomènes consistent 1° dans l'expulsion du méconium; 2° dans la chute du cordon ombilical; 3° dans l'oblitération des vaisseaux ombilicaux, du canal veineux, du trou de Botal et du canal artériel; 4° dans la chute de l'épiderme ou la desquamation de la peau.

Expulsion du méconium. — Elle peut avoir lieu quelques instants après la naissance, ou seulement plusieurs heures et même quelquefois plusieurs jours après. Peut-être pourrait-elle s'effectuer après la mort, par la seule force contractile des intestins, mais il est probable qu'elle ne serait pas complète; toutefois, elle tend à dénoter l'entretien de la vie pendant un temps plus ou moins long lorsqu'elle a été opérée en totalité.

Il est important de ne pas prendre pour du méconium la matière jaune-verdâtre qui se forme peu après la naissance; c'est à la substance poisseuse et verte renfermée dans le gros intestin qu'il faut seulement donner ce nom. Mais, outre le méconium, il existe encore une couche de mucosité *verdâtre*, adhérente aux parois du canal digestif; cette mucosité, à raison de son épaisseur et de sa consistance, forme une espèce d'enduit à la surface de la membrane muqueuse. C'est cette matière, et non la membrane muqueuse, qui, dans le gros intestin, est teinte en vert par le méconium. Après la naissance, cette mucosité se détache par plaques plus ou moins larges, en sorte que la surface interne du gros intestin présente à une certaine époque une marbrure jaunâtre sur un fond vert. Or, comme cet enduit se détache

dans le plus grand nombre des cas, du *premier au quatrième jour de la naissance*, il suit de là que, passé cette époque, on ne trouvera plus l'intérieur du gros intestin coloré en vert. Ces considérations ont porté Billard à conclure « que lorsqu'on rencontrera le colon teint fortement et uniformément en vert, on sera porté à croire que le méconium vient d'être récemment expulsé, et que l'enfant avait au moins un jour ou au plus trois jours; lorsqu'au contraire on verra cette coloration verte, parsemée de plaques déjà décolorées, on devra croire que l'expulsion du méconium est moins récente, et que l'enfant pouvait avoir de trois à quatre jours. »

Chute du cordon ombilical. — Chez l'enfant qui vient de naître, le cordon est frais, ferme, bleuâtre, arrondi; il est gras ou maigre, c'est-à-dire qu'il contient de la gélatine de Warthon en plus ou moins grande quantité. Ses vaisseaux renferment encore du sang. On appelle sommet du cordon l'extrémité qui est insérée à l'ombilic; on nomme base son extrémité placentaire. — *Le premier phénomène* sensible qui suit la section du cordon est *sa flétrissure;* elle a lieu du sommet à la base du cordon; elle peut commencer immédiatement à la naissance ou quelques heures après; elle est toujours effectuée au bout de *trente heures* ou *deux jours* au plus. Le cordon est alors mollasse, et fréquemment il se développe une injection assez prononcée au pourtour de l'anneau ombilical. Sur seize enfants dont le cordon était un peu flétri, il y en avait un âgé de cinq heures, six d'un jour, quatre de deux jours et quatre de trois jours (Billard). — *Le second phénomène* est la *dessiccation du cordon.* Le cordon brunit de son sommet à sa base, devient demi-transparent; il perd la gélatine de Warthon qu'il renfermait. Les membranes qui le constituent s'appliquent et s'accolent sur elles-mêmes, en sorte que le cordon est aplati; en même temps elles acquièrent de la diaphanéité, prennent la couleur du parchemin, et l'on aperçoit très distinctement des vaisseaux ombilicaux rétrécis et contenant du sang concret, parfois même ils sont oblitérés. La dessiccation commence le *premier* ou le *second jour;* elle est complète au bout de *trois jours.* Sur quatre-vingt-six enfants, il y en avait vingt-quatre chez lesquels la dessiccation commençait au

sommet, arrivait à la moitié, ou s'étendait déjà près de la base du cordon ombilical; sept n'avaient qu'un jour, onze étaient âgés de deux jours, trois de trois jours, et trois de quatre jours. Sur le même nombre d'enfants, vingt-cinq offraient leur cordon entièrement sec : cinq étaient âgés de deux jours, neuf de trois jours, cinq de cinq jours, quatre de quatre jours, un d'un jour et un d'un jour et demi. — La dessiccation peut s'opérer pendant la vie et après la mort; mais lorsqu'elle s'opère après la mort, le cordon devient grisâtre, son enveloppe forme une pellicule desséchée et comme insufflée; le cordon *n'est pas vrillé*, ainsi que l'a fait observer Billard, et le calibre de ses vaisseaux n'a pas diminué d'une manière bien sensible. Suivant M. Denis, dans la dessiccation opérée pendant la vie, la base du cordon est baignée par un fluide muqueux sécrété par l'anneau cutané temporaire, à la suite de la phlegmasie qu'entraîne nécessairement la chute du cordon, tandis que Billard établit une distinction entre les cordons maigres ou pourvus de peu de gélatine de Warthon et les cordons gras. La chute des premiers ne donne presque jamais lieu à une phlegmasie; tandis que celle des seconds est presque toujours accompagnée d'inflammation. Ce caractère, qui établit une des principales distinctions entre la dessiccation opérée pendant la vie et celle qui se produit après la mort, n'est pourtant pas tellement positif, qu'il ne puisse offrir dans quelques cas de l'incertitude. Nous avons rapporté, page 547, obs. 89, une observation dans laquelle il existait, et cependant l'enfant n'avait pas vécu et la dessiccation s'était opérée après la mort. Ajoutons que, loin d'être un phénomène constant, les cas dans lesquels on rencontre une phlegmasie sont moins communs que ceux dans lesquels on ne la trouve pas, au moins au rapport de Billard, car M. Denis ne partage pas cette opinion. (Sur 86 enfants de différents âges, 25 seulement ont présenté des traces évidentes de ce travail sur le contour du bourrelet ombilical. Chez 17 de ces enfants, la rougeur de l'ombilic était accompagnée de tuméfaction, mais sans suppuration; chez les 8 autres, il y avait, outre la rougeur et la tuméfaction, une suppuration bien établie. Ces enfants étaient âgés, savoir : 4 d'un jour, 9 de deux jours, 7 de trois jours, 2 de

quatre jours, 2 de cinq jours, enfin 1 de quinze jours, dont le cordon était tombé depuis long-temps et l'ombilic cicatrisé (Billard). Nous en dirons autant des membranes du cordon qui sont desséchées et comme insufflées lorsque la dessiccation a eu lieu après la mort ; il suffirait en effet que le cordon eût été comprimé pendant sa dessiccation pour que cette apparence manquât complétement, et pour que les membranes fussent accolées l'une à l'autre, comme dans le cas de dessiccation opérée pendant la vie. L'état vrillé nous paraît offrir plus de valeur ; cependant il peut manquer, et on en trouve la preuve rapportée page 545, obs. 87.

La chute du cordon ombilical s'opère du *quatrième* au *cinquième jour*. Les membranes du cordon s'érodent peu à peu, les artères ombilicales se rompent, la veine persiste plus long-temps. Lorsque ces phénomènes sont accompagnés de phlegmasie de l'ombilic avec suintement séro-purulent, les traces d'inflammation persistent, après la chute, jusqu'au *dixième* ou *douzième jour* de la naissance, époque à laquelle la cicatrisation s'opère. Cette phlegmasie, qui accompagne la chute des cordons gras, devient, lorsqu'on la rencontre, un des meilleurs moyens de reconnaître si l'absence de cordonsur l'enfant qui constitue le corps de délit d'un infanticide, dépend de la chute naturelle de cette partie ou de l'accouchement. Dans la chute naturelle du cordon, les membranes sont détachées circulairement sans offrir aucun lambeau, tandis qu'il est rare de ne pas en rencontrer quand l'arrachement a eu lieu. Ajoutons que la séparation des membranes précède la séparation des vaisseaux, en sorte que le cordon tient encore au nombril par l'intermédiaire de ceux-ci, alors que les membranes sont tout-à-fait détachées. (*Voyez* pag. 565.)

Oblitération des vaisseaux. — L'oblitération des vaisseaux s'effectue progressivement de l'anneau ombilical, à leur jonction avec les vaisseaux de l'abdomen. Les parois des artères s'épaississent, et leur canal diminue de plus en plus. Billard compare avec raison cet épaississement à une sorte d'hypertrophie concentrique, qui, sans diminuer en apparence la grosseur des vaisseaux, en diminue cependant le calibre. On

pourrait, lors de leur oblitération presque complète, les assimiler à un tuyau de pipe, dont la paroi fort épaisse ne présenterait à son centre qu'un pertuis très étroit. Le sang qu'ils contiennent reflue peu à peu de l'extérieur à l'intérieur ; il arrive souvent qu'un filet de sang coagulé persiste dans divers points du trajet des artères, en laissant des intervalles qui en sont entièrement vides. Par suite du travail qui s'opère avant et pendant la chute du cordon, ces vaisseaux, auparavant unis à l'anneau par un tissu cellulaire très lâche qui leur permettait de glisser facilement à travers cette ouverture, contractent avec elle des adhérences, en sorte que l'on ne peut exercer de traction sur eux sans tirer en même temps l'anneau ombilical ; peu à peu les adhérences deviennent tout-à-fait intimes. La veine ombilicale se rétrécit beaucoup plus lentement que les artères ; aussi, après les premières vingt-quatre heures de la naissance, celles-ci présentent déjà une diminution notable de leur canal et un épaississement marqué de leurs parois, au voisinage de l'anneau, quand le calibre de la veine ombilicale conserve encore les premières dimensions. A *deux jours* le rétrécissement est étendu à une grande partie de leur longueur, tandis que la veine ombilicale et le canal veineux sont encore très libres. A *trois jours,* dit Billard, les vaisseaux ombilicaux et le canal veineux étaient vides et même oblitérés sur vingt-deux sujets. Probablement il y a erreur pour la veine ombilicale, car il s'exprime ainsi à l'égard des vingt-sept enfants de *quatre jours :* « Les artères ombilicales étaient, chez presque tous, oblitérées près l'ombilic, mais susceptibles de se dilater encore près de leur insertion aux artères iliaques. La veine ombilicale et le canal veineux, complétement vides, *se trouvaient considérablement rétrécis.* » A cinq jours, tous les vaisseaux sont le plus communément oblitérés, suivant le même auteur.

J'ai toujours observé une différence énorme entre la rapidité avec laquelle s'opère l'oblitération des artères ombilicales et la lenteur qui accompagne celle de la veine. Ainsi, j'ai vu des enfants de onze et douze jours, dans la veine ombilicale desquels on pouvait encore introduire très facilement un stylet. Il n'en reste pas moins prouvé que dès les premiers jours de la vie il

s'opère dans les artères ombilicales un travail qui devient l'indice certain que la vie de l'enfant s'est effectuée pendant un certain laps de temps, et que la respiration a par conséquent eu lieu. Nous tirerons parti de ce caractère quand nous traiterons de la question de savoir *si l'enfant a vécu?*

Cicatrisation de l'ombilic. — Pour les cordons maigres elle a lieu *avant dix jours* et ne laisse aucun suintement; pour les cordons gras elle ne s'effectue jamais avant *douze jours* et souvent plus tard. Suivant M. Denis, l'anneau cutané temporaire se renverse, en laissant entre lui et l'extrémité des artères et de la veine ombilicale un petit espace au fond duquel se trouvent ces vaisseaux, la veine en haut, les deux artères en bas. Cet espace prend une organisation analogue à celle des membranes muqueuses, et constitue un véritable sac muqueux ou *cicatrice ombilicale temporaire.* Les vaisseaux communiquent avec le sac par une ouverture très libre, ce dont on peut s'assurer à l'aide de l'insufflation.

Resserrement du sac muqueux. — Ce phénomène a lieu du *douzième au trentième jour* après la naissance.

Disparition complète du sac muqueux, cicatrice ombilicale permanente. — Ce n'est qu'au *quarantième jour* que ces phénomènes ont lieu. Alors le stylet cherche en vain le point où s'abouchaient les vaisseaux, et les lèvres du cercle cutané sont tellement rapprochées, qu'il est impossible d'apercevoir des traces de l'espace qui existait entre elles.

Canal artériel. — Le docteur Bernt s'exprime ainsi à l'égard des changements que subit le canal artériel pendant les premiers jours de la vie : sa longueur est d'un demi-pouce; son diamètre est égal à celui du tronc de l'artère pulmonaire, et surpasse du double la capacité de chacune des branches de ce vaisseau. Si le nouveau-né a respiré pendant quelques instants, ce canal perd sa figure cylindrique et prend celle d'un cône tronqué dont la base est au cœur et le sommet à l'aorte descendante, *quoique cependant on puisse* observer le contraire. Si la vie a duré plusieurs heures ou un jour, il devient de nouveau cylindrique et diminue de longueur et de largeur; il n'a plus le diamètre du tuyau d'une plume d'oie; il est par conséquent

plus petit que l'artère pulmonaire et tout au plus égal à chacune des branches de ce vaisseau. Si la vie a duré plusieurs jours ou une semaine, le canal artériel, déjà plissé, n'a plus que quelques lignes de largeur ; son diamètre est celui d'une plume de corbeau, tandis que celui des branches de l'artère pulmonaire est au moins égal à celui d'une plume d'oie. (*Bernt*, Préface de la dissertation inaugurale d'*Eisenstein*, Vienne, 1824.) La description donnée par le docteur Bernt sur les changements de forme que subit le canal artériel avant son oblitération ne me paraît pas conforme avec ce que j'ai observé. J'ai remarqué que le canal artériel se rétrécissait quelquefois à son centre et qu'il prenait la forme de deux cônes réunis par leur sommet ; en même temps qu'il semblait se contourner sur lui-même dans certains cas, de manière à figurer un S couché horizontalement.

M. Orfila cite, dans ses *Leçons de Médecine légale*, t. Ier, page 388, huit exemples d'enfants à terme chez lesquels la vie s'étant entretenue pendant une durée différente chez chacun d'eux, depuis quelques heures jusqu'à dix-neuf jours, le canal artériel a offert dans quatre cas des variations de volume et de longueur qui ne rentrent pas dans les conditions signalées par le docteur Bernt ; ce qui lui fait regarder les caractères donnés par ce médecin à ce sujet comme fort secondaires, en tant qu'ils serviraient à préciser l'âge de l'enfant. Mais le docteur Bernt ayant conclu de ses observations que le trou inter-auriculaire et le canal artériel offrent des différences chez les fœtus morts-nés et chez les enfants qui ont respiré, on pourra tirer parti des divers états dans lesquels on les trouve, pour savoir si l'enfant a vécu ou non après la naissance ; et l'induction qu'il a tirée de ce changement n'en reste pas moins tout-à-fait exacte.

Trou de Botal. — Sur dix-huit enfants d'un jour, Billard a trouvé une fois seulement le trou de Botal complétement oblitéré ; quatre fois sur vingt-deux enfants de deux jours ; trois fois sur vingt-deux enfants de trois jours, et deux fois sur vingt-sept enfants de quatre jours. Les caractères tirés du trou de Botal sont donc loin d'être constants ; j'ai toujours observé une grande irrégularité sous ce rapport. Le docteur Bernt pré-

tend que la disposition du trou de Botal offre des différences de situation chez l'enfant qui n'a pas respiré et chez celui qui a respiré. Il serait placé au centre de la fosse ovale chez le premier, et se trouverait du côté droit aussitôt que la respiration s'établit, de sorte que dès l'instant où la respiration se serait effectuée, l'orifice inter-auriculaire marcherait progressivement de bas en haut et de gauche à droite. Son degré d'élévation deviendrait un indice de l'existence et de la durée de l'acte respiratoire. M. Orfila fait observer avec raison que pour l'examen du trou de Botal, en supposant que les changements indiqués fussent exacts, il faudrait une habitude de la dissection des nouveaux-nés que n'ont pas en général la plupart des médecins. Toutefois ce motif serait bien peu puissant si l'utilité de cet examen était bien reconnue.

Chute de l'épiderme. — Il résulte des observations faites par Billard que l'exfoliation de l'épiderme se dessine d'abord par des lignes ou sillons; puis se manifeste par la formation d'écailles plus ou moins larges, de lames irrégulières d'une grandeur variable; enfin qu'elle se termine par la production d'une sorte de poussière. Elle débute à l'abdomen, s'étend successivement à la poitrine, aux aines, aux aisselles, aux membres, aux pieds et aux mains. Les lignes qui la dessinent affectent une forme demi-circulaire; elles ressemblent aux éraillures de la peau de l'abdomen des femmes enceintes. Ces diverses dispositions ne sont pas constantes. L'exfoliation peut avoir lieu par écailles ou par lames; celles-ci ne se rencontrent guère que sur le tronc. Chez quelques enfants, elle s'effectue d'une manière insensible et sous la forme d'une poussière.

Sur 86 enfants observés par Billard, l'exfoliation de l'épiderme n'était pas encore commencée chez 43, tandis qu'elle avait lieu chez les 43 autres. Parmi les 43 premiers, 14 étaient âgés d'un jour, 11 de deux, 9 de trois, 5 de quatre, 2 de cinq, 1 de neuf et 1 de dix. Aucun enfant mort-né ne présentait de traces d'exfoliation épidermique. Chez les 43 autres, elle commençait à peine chez 11 d'entre eux, tandis qu'elle était en pleine activité chez les 32 autres. Sur les 11 premiers enfants, on observait sur 3 l'épiderme commençant à perdre çà et là, et surtout

à l'abdomen, son adhérence avec la peau ; mais il n'était pas fendillé ; il était excessivement sec, et contrastait par son aspect avec les autres parties du corps où la peau était lisse et l'épiderme parfaitement tendu sur elle ; il offrait quelque ressemblance avec la pellicule qui se forme à la surface du lait, quand il est sur le point d'entrer en ébullition. Ces enfants étaient âgés, l'un d'un jour et demi, l'autre de deux jours, et le troisième de trois jours. Les 8 autres enfants chez lesquels l'exfoliation était à peine commencée ne présentaient que quelques lignes à l'abdomen et à la base de la poitrine ; 3 étaient âgés d'un jour, 1 de trois jours, 1 de quatre jours et 3 de deux jours ; chez ces trois derniers on voyait de légères écailles aux aisselles, et des lignes dans le sens des plis du cou et des aines.

L'exfoliation était en pleine activité chez les 32 autres enfants ; un seul était âgé d'un jour, 7 de deux jours, 9 de trois jours, 5 de quatre jours, 6 de cinq jours, 1 de sept jours, 2 de neuf jours et 1 de quinze jours.

La durée du temps pendant lequel s'effectue cette exfoliation est très variable ; elle peut se terminer au trentième, au quarantième jour et même au deuxième mois. Elle dure bien plus long-temps chez les enfants qui tombent dans le marasme par suite d'affection chronique.

Résumé des caractères des âges depuis la naissance jusqu'au quarante-cinquième jour.

Un jour.— *Flétrissure commençante.*— Cordon intimement uni à l'anneau par les membranes.
Trou de Botal ouvert.
Canal artériel. — Libre.
Artères ombilicales. — Libres.
Veine ombilicale. — *Id.*
Canal veineux. — *Id.*
Existence ou absence du méconium dans le gros intestin ; mais dans la seconde supposition, présence de la matière verdâtre et visqueuse, qui persiste après son expulsion.

Deux jours. — *Flétrissure complète.*
Trou de Botal. — Libre, excepté 4 fois sur 22.
5, en partie fermé.
Canal artériel. — Commençant à s'oblitérer.
Artères ombilicales. — Rétrécies dans une étendue plus ou moins grande.
Veine ombilicale. — Libre.

Canal veineux. — Libre.
Absence de méconium ; le plus souvent présence d'enduit verdâtre.

Trois jours. — Dessiccation du cordon.
Trou de Botal. — Quelquefois fermé.
Canal artériel. — Quelquefois oblitéré. C'est très rare : 2 sur 22.
Artères ombilicales très souvent oblitérées.
Veine / Canal veineux } encore ouverts.
Absence de méconium; enduit verdâtre, en partie détaché par plaques, de manière à figurer des marbrures blanches dessinées sur un fond vert.

Quatre jours. — Chute commençante du cordon.
Trou de Botal. — encore ouvert, 17 sur 24.
Canal artériel. — Encore ouvert. En partie fermé chez 7.
Complétement chez 5.
Artères ombilicales oblitérées, quelquefois encore ouvertes près les artères iliaques.
Veine ombilicale / Canal veineux } considérablement rétrécis.
Absence de méconium et d'enduit verdâtre.

Cinq jours. — Chute du cordon presque toujours opérée.
Trou de Botal. — Encore ouvert, 13 sur 29.
Canal artériel. — Ouvert dans la moitié des cas.
Artères / Veine / Canal } complétement oblitérés. (La veine quelquefois ouverte.)
Travail préparatoire au soulèvement de l'épiderme.

Huit jours. — Chute constante du cordon. — Cicatrisation de l'ombilic commençant à s'opérer.
Trou de Botal. — Encore libre 5 fois sur 20.
Canal artériel. — Oblitération complète sur la moitié des enfants.
Vaisseaux ombilicaux. — Fermés.

Du neuvième au onzième jour. — Cicatrisation souvent complète de l'ombilic, mais souvent aussi il reste un suintement muqueux jusqu'à l'oblitération complète des vaisseaux, et ce suintement peut persister jusqu'au vingt-cinquième jour, en sorte que la cicatrice cutanée n'a lieu que plus tard.
Fendillement de l'épiderme au tronc, aux mamelles et à l'abdomen, au pli des articulations.

Du vingtième au vingt-sixième jour. — Soulèvement de la totalité de l'épiderme.

Du trentième au trente-cinquième jour. — Chute complète de l'épiderme, excepté de celui des mains et des pieds, qui n'arrive qu'au quarantième jour.

MATERNITÉ. — *Enfant jumelle à huit mois, ayant vécu pendant trente et une heures.*

OBS. XCIV. — Longueur totale, 14 po. 9 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po. 6 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 5 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 5 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. — Poids, 2 ℔ 13 ℥ 1/2 ʒ. — Conformation généralement bonne. — Cheveux très nombreux, 5 à 6 lig. — Ongles bien conformés, atteignant l'extrémité des doigts. — Peau très bien organisée. — Enduit sébacé : pas de trace. — Tête : diamètre bi-

pariétal, 3 po. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 3 po. 9 lig. — Cordon *desséché*, aplati, *non vrillé*, transparent, au milieu duquel on aperçoit la veine ombilicale remplie de sang desséché. — Anneau commençant à s'enfoncer; *un cercle inflammatoire* dans les deux tiers de sa circonférence; en élargissant un peu l'anneau et en le déplissant, on aperçoit un *cul-de-sac muqueux*. — Moitié du corps correspondant à 9 lignes au-dessus de l'insertion du cordon. — La veine ombilicale dans la partie du cordon qui est desséchée, consiste dans un petit cylindre filiforme qui va en augmentant de l'extrémité libre du cordon à son insertion; là, il s'engage dans l'anneau fibreux de l'ombilic et s'élargit beaucoup plus; elle contient, dans l'endroit même où elle traverse l'anneau, du sang encore fluide, à plus forte raison au-delà; en sorte que l'on n'aperçoit pas de changement dans le canal veineux. — Les artères ombilicales présentent, au contraire, un état remarquable; on *ne les aperçoit pas* dans l'épaisseur du cordon; elles sont *coniques* de l'ombilic aux artères iliaques, très dures au voisinage du cordon, et de plus en plus molles à mesure qu'on les observe en s'en éloignant; elles présentent des petites colonnes de sang *séparées* par des espaces vides; ce sang est en plus grande quantité près des artères iliaques; ces artères sont évidemment rétrécies près du cordon. — Thymus très petit, ne recouvrant que l'origine des vaisseaux. — Poumons ne remplissant pas la cavité de la poitrine; quelques portions en sont très consistantes, charnues; hépatisées; c'est surtout la moitié supérieure du poumon gauche; ces portions ne surnagent pas. — Les poumons, dans leur totalité, surnagent; ils présentent d'une manière très marquée *les vésicules de la respiration*. — Trou de Botal *non oblitéré*.

MATERNITÉ. — *Enfant jumeau à huit mois, ayant vécu deux jours treize heures. Hépatisation partielle des poumons.*

OBS. XCV. — Longueur totale, 14 pouces 4 lignes. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 4 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 2 lig. — Membres inférieurs, des cuisses aux talons, 5 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. — Poids, 2 ℔ 7 ℥ 2 3 1/2. — Conformation généralement bonne. — Cheveux nombreux, très longs. — Ongles s'étendant presque jusqu'à l'extrémité des doigts. — Peau bien organisée, offrant une coloration semblable à celle des asphyxiés par le charbon. — Plus de traces d'enduit sébacé. — *Tête :* diamètre bipariétal, 3 po. moins 2 lign. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. — Moitié du corps : elle correspond à 7 lig. au-dessus de l'ombilic. — Cordon desséché, aplati, non vrillé, réduit à une lame comme du parchemin, à travers laquelle on aperçoit plusieurs vaisseaux entrecroisés du cordon contenant du sang desséché. — Anneau froncé, plissé, revenu sur lui-même, offrant quelques traces d'un cercle inflammatoire, mais sans suppuration. *Il est à remarquer que ce cercle est presque toujours prononcé sur le pourtour de l'anneau qui n'est pas comprimé, tandis que la portion de circonférence sur laquelle on renverse le cordon n'offre presque jamais de cercle inflammatoire.* — Poumons : le gauche est presque totalement hépatisé; le droit ne l'est que dans sa partie postérieure. Malgré l'hépatisation du poumon gauche, il est facile de voir que ce poumon a respiré par le développement des tubercules quadrijumeaux (vésicules distendues par l'air). Les deux poumons surnagent; mais le gauche, après s'être en-

foncé dans le liquide, ne revient que très lentement à sa surface ; sa moitié supérieure surnage d'ailleurs complétement. Toutes les parties du poumon droit surnagent ; les tubercules quadrijumeaux sont invisibles. — *Trou de Botal :* il n'est pas oblitéré ; mais la valvule le ferme très bien, car, après avoir lié l'origine des veines pulmonaires et ouvert l'oreillette droite, on peut presser sur l'oreillette gauche, qui contient du sang, sans en faire sortir par le trou de Botal ; seulement la valvule est soulevée et bombée. — *Canal artériel :* il paraît évidemment diminué de calibre, mais il établit encore une large communication entre l'artère pulmonaire et l'artère aorte. — *Thymus :* il est déjà réduit au volume d'une grosse aveline ; son tissu est plus dense ; il est décoloré. Point osseux du condyle ne consistant que dans un réseau vasculaire.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe masculin presque à terme, ayant vécu deux jours quatorze heures. Respiration incomplète. Tubercules pulmonaires suppurés.*

OBS. XCVI. — Longueur totale, 16 po. 5 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 10 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 5 po. 8 lig. ; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 9 lig. — Poids, 5 ℔ 9 ℥. — Conformation générale bonne. — Cheveux très nombreux, 8 à 10 lig. — Ongles assez développés. — Peau bien organisée. — Enduit sébacé existant aux plis des bras et des aines. — Diamètre bipariétal, 3 po. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. 2 lig. — Milieu du corps, répondant à 15 lig. au-dessus de l'ombilic. — Cordon *vrillé*, jaune, flasque, humide, plus de transparence ; néanmoins on aperçoit encore le trajet des vaisseaux qui se contournent sur eux-mêmes. La gélatine de Warthon semble s'être épaissie et transformée en une substance plus jaune. — Anneau offrant un *demi-cercle inflammatoire* en haut et à droite ; à gauche, partie sur laquelle est couché le cordon, il n'y a rien d'apparent. Une matière muqueuse commence à suinter, mais on n'observe pas encore la formation d'un cul-de-sac. — Thymus très petit, 136 gr., décoloré. — Poumons, 2 ℥ 22 gr. ; ils surnagent.

La respiration n'a pas été complète, car on aperçoit des portions de poumon d'un rouge fauve et sans développement de cellules, tandis que dans la plus grande partie des poumons il y a une foule de petites plaques blanches, composées d'une infinité de petites cellules que l'air a remplies. Les poumons étant mouillés, ces cellules ont un reflet argentin. — Foie, 4 ℥ 23.

Il existe, disséminés dans les deux poumons, des tubercules, les uns indurés, les autres ramollis et suppurés ; mais au lieu d'occuper le sommet des poumons comme chez les phthisiques, ils en occupent le milieu et la base. Un de ces tubercules, qui fait une saillie arrondie à la surface de l'organe, a la grosseur d'une aveline.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe féminin à terme, ayant vécu quatre jours. Respiration complète.*

OBS. XCVII. — Longueur totale, 19 po. 9 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po. 4 lig. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 7 pos ; des aines à l'extrémité des orteils, 8 po. 4 lig. — Poids, 6 ℔ 10 ℥. — Con-

formation générale bonne; enfant très fort. — Cheveux peu nombreux, 8 à 10 lig. de longueur.—Ongles tout-à-fait à l'extrémité des doigts.— Peau parfaitement organisée. — Enduit sébacé nul. — Diamètre bipariétal, 3 po. 7 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 6 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. 3 lig. — Moitié du corps correspondant à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Thorax, diamètre costal, 4 po. 9 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 3 po. 7 lig. — Circonférence, 12 po. 1/2. — Cordon ne consistant plus qu'en une matière analogue à du parchemin, au milieu de laquelle se voient des traces de vaisseaux. — Anneau ombilical formant un bourrelet saillant, qui, déplissé, présente *un cul-de-sac* très marqué dans tout le pourtour de l'insertion du cordon. Une matière *mucoso-purulente* en tapisse la surface. Il n'existe que peu de traces d'inflammation à l'anneau; le cordon a conservé de la mollesse dans toute la partie qui correspond au cul-de-sac. — Thymus, poids, 3 3 1/2. — Veine ombilicale réduite à un petit volume paraissant former un cordon ligamenteux incomplétement oblitéré, son calibre pouvant encore recevoir un stylet. — *Artères ombilicales.* Elles n'offrent plus qu'un canal filiforme qui renferme cependant encore un peu de sang, même au voisinage de l'anneau. — *Canal artériel*, diminué de volume. — *Poids des poumons et du cœur*, 2 ℥ 6 3 1/2. — Ils surnagent. — *Poids des poumons*, 2 ℥ 1 3 14 gr. — Ils surnagent. — Poumons très volumineux, crépitants, surnageant dans leurs plus petites portions, même après avoir été réduits par compression. — Poids du foie, 4 ℥ 7 3.

Maternité. — *Enfant du sexe masculin né à huit mois, ayant vécu cinq jours et trois heures.*

Obs. XCVIII. — Poids, 5 ℔ 14 ℥. — Longueur totale, 54 cent. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. 5 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 9 lig.; des aines à l'extrémité des orteils, 8 po. 7 lig. — Conformation générale bonne, enfant maigre. — Cheveux peu nombreux, 10 lig. de longueur environ. — Ongles dépassant l'extrémité des doigts. — Peau très bien organisée, très dense. — Enduit sébacé nul. — Diamètre bipariétal, 3 po 1/2. — Les fontanelles très petites, les bords des os se touchent. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. moins 1 lig. — Cordon tombé. — Anneau formant un cul-de-sac, dont le fond est *mucoso-purulent*, et qui présente deux autres culs-de-sac plus petits, l'un qui correspond aux artères ombilicales, il est inférieur; l'autre à la veine ombilicale. — *Vaisseaux :* la veine ombilicale est *très large* au voisinage de l'anneau, puis elle se rétrécit sur le point de donner naissance au canal veineux. — Canal veineux petit, mais encore très évident, nullement oblitéré. — Artères ombilicales ne contenant plus de sang; leur cavité est encore assez grande pour permettre l'introduction d'un stylet ordinaire. — Thymus, poids, 1 3 12 gr. — Poumon et cœur, 2 ℥ 7 3 1/2; surnatation. — Poids, poumons, 2 ℥ 54 gr. — Foie, 4 ℥ 1 3. — Canal artériel, paraissant plus court, évidemment rétréci; artère aorte cependant encore plus petite que le canal, mais commençant à prendre du volume. — Trou de Botal, pas encore oblitéré; les valvules ont peu de développement; un stylet traverse facilement et obliquement entre elles. — Point osseux du condyle du fémur consistant en quelques vaisseaux qui irradient du centre du fibro-cartilage, plutôt vers le condyle externe que vers le condyle interne. . . . . . .

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe masculin, à terme, ayant vécu onze jours.*

OBS. XCIX. — Poids, 3 ℔ 10 ℥. — Longueur, 17 po. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 2 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 4 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 1 lig.; des aines aux orteils, 7 po. 4 lig — Moitié du corps correspondant à 5 lig. au-dessus de l'ombilic. — Conformation très bonne; la peau bien organisée, bien blanche; les os de la tête solides, peu mobiles; les diverses parties de la face bien dessinées et bien conformées. — Cheveux très nombreux, 1 po. de longueur environ. — Ongles bien conformés, *mais atteignant à peine l'extrémité des doigts.* — Plus de traces d'enduit sébacé. — Diamètre bipariétal, 3 po. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 1 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. 8 lig. — Thorax, diamètre costal, 3 po. 4 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 2 po. 6 lig. — Un reste de cordon d'un pouce de long, aplati, *non vrillé,* tient encore à l'anneau par deux petits cordonnets isolés l'un de l'autre, et qui ne sont que deux vaisseaux desséchés dont le sang dessine le trajet. L'anneau est froncé, plissé circulairement sur lui-même, et forme un cul-de-sac, au centre duquel on voit une espèce de prolongement ou bouchon qui fait saillie, et où adhèrent les deux filaments vasculaires par lesquels le cordon s'attache à l'anneau. — La veine ombilicale permet encore l'entrée d'un stylet dans son intérieur. — Le canal veineux est oblitéré. — Les deux artères ombilicales sont tellement rétrécies, qu'il est impossible d'y faire pénétrer un stylet. — Canal artériel, 7 lig. de longueur, disposé sous la forme d'un S couché à plat sur la colonne vertébrale entre l'aorte et l'artère pulmonaire L'artère pulmonaire, très grosse, semble se diviser en trois branches : deux se rendent aux poumons; la troisième c'est le canal artériel, moins volumineux que les deux artères pulmonaires, et formant un cordon cylindrique encore canaliculé, mais sa cavité ne reçoit qu'un stylet même assez fin; les parois sont épaissies.—*Le trou de Botal* a encore une ligne et demie d'ouverture.

II. L'ENFANT EST-IL NÉ VIVANT?

La solution de cette question repose sur plusieurs ordres de faits; les uns démontrent :

1° Que l'enfant était mort avant de naître;

2° Qu'il a péri pendant l'accouchement ou immédiatement après;

3° Que, quoiqu'il n'ait pas respiré, il était cependant vivant;

4° Que la respiration a ou n'a pas eu lieu.

DES MOYENS DE RECONNAÎTRE SI L'ENFANT ÉTAIT MORT AVANT DE NAÎTRE.

Lorsque l'enfant meurt dans le sein de sa mère, la putréfaction peut s'établir comme s'il était à l'air libre; non pas que ce soient

les mêmes phénomènes, mais c'est la putréfaction sous un autre aspect. Alors de deux choses l'une, ou l'expulsion de l'enfant a lieu quelques heures ou plusieurs jours après la mort; ou au contraire, ce qui est beaucoup plus rare, le cadavre se saponifie, s'incruste de phosphate de chaux, acquiert une grande solidité, et séjourne dans l'utérus pendant des années. Ce dernier cas ne pouvant jamais coïncider avec le crime d'infanticide, nous n'avons donc à nous occuper que du premier.

Un enfant putréfié dans l'utérus présente un aspect tellement différent d'un enfant putréfié à l'air libre, qu'il suffit d'avoir bien observé son état une ou deux fois, pour ne jamais s'y méprendre. Mais s'il est facile de le reconnaître, il n'est pas aussi facile de le décrire. Qu'on se figure le petit cadavre étendu sur une table : on sera frappé de la flaccidité de toutes les parties molles; elle est telle que la tête s'aplatira sur elle-même sous l'influence de la pesanteur, quelle que soit du reste la position qu'on lui donnera ; les parties molles du thorax dessineront les côtes; le devant de la poitrine sera fortement aplati ; l'abdomen affaissé, presque creux au voisinage du nombril, et formant sur les flancs deux saillies largement arrondies; les membres eux-mêmes présenteront le même affaissement. Ce qui est surtout remarquable, c'est la coloration de la peau. Souvent elle est limitée à l'abdomen, à moins que le séjour de l'enfant putréfié n'ait été plus long. La peau de cette partie présente une teinte rouge brunâtre sans apparence de teinte verte. Ce n'est plus la couleur brunâtre qui succède à la putréfaction en vert; c'est un rouge brun beaucoup plus vif. Le cordon a perdu ses apparences de torsion; il forme un véritable cylindre, charnu, mollasse, rougeâtre, imprégné d'un fluide brunâtre. L'épiderme est détaché dans une partie plus ou moins étendue de la surface du corps ; là où il existe encore, il se détache avec une grande facilité, et laisse à nu le derme, humide, gluant et comme lubrifié d'un fluide muqueux; alors la couleur de la peau prend un aspect d'un rose vif. L'épiderme des pieds et des mains est blanc, épaissi et plissé comme par des cataplasmes. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité rougeâtre; il en est de même de celui qui sépare les muscles, et quelquefois le tissu musculaire lui-même

participe de cette infiltration. Les os de la tête sont lâchement unis entre eux ; leur périoste s'en détache facilement ; ils sont mobiles les uns sur les autres. Le tissu cellulaire qui tapisse le cuir chevelu est infiltré d'une sérosité que M. Orfila a comparée avec beaucoup de justesse à de la gelée de groseilles.

Dans les trois cavités splanchniques, on trouve un fluide séro-sanguinolent en quantité toujours très notable. Tous les organes ont pris, ou ont une tendance à prendre la teinte brunâtre, sans en excepter les vaisseaux et la trachée-artère. Enfin, si l'on veut déplacer ou soulever le fœtus, il coule et glisse des mains, comme le font les poissons qui vivent encore quelque temps hors de l'eau, à cause du fluide muqueux qui tapisse leur surface ; telles la carpe et l'anguille.

Les inductions tirées de l'état du cadavre deviendront encore bien plus concluantes, lorsque la femme déclarera que plusieurs jours avant son accouchement elle ne sentait plus les mouvements de son enfant ; que son ventre était plus lourd, sa marche plus difficile ; qu'elle avait perdu l'appétit ; qu'elle éprouvait un malaise dont elle cherchait en vain la cause ; que le soir elle ressentait des frissons, de l'agitation, de la fièvre, et tous les phénomènes précurseurs de l'accouchement d'un enfant mort avant la naissance.

Le tableau que nous venons de tracer est présenté sous la couleur la plus favorable à la solution de la question ; il se rapporte au cas où la mort de l'enfant daterait de sept à huit jours avant sa sortie de l'utérus. C'est à dessein que nous l'avons donné tel, afin de mieux frapper l'esprit du lecteur. Mais un enfant peut être expulsé de l'utérus vingt-quatre ou quarante-huit heures après la mort, et alors on ne rencontre pas les phénomènes putrides que nous avons décrits. Dans ce cas, il est souvent impossible de dire si l'enfant était mort avant de naître ; observons toutefois que l'enfant n'aura pas respiré ; que l'on pourra prouver qu'il n'a pas vécu de la vie extra-utérine ; et qu'il ne présentera jamais de traces de violences auxquelles on puisse attribuer la mort, car la confection de ces violences devient tout-à-fait impossible, puisque la mort date d'une époque antérieure à la naissance.

Quelques auteurs de médecine légale ont puisé dans un autre

ordre de documents les moyens de résoudre la question dont il s'agit. Ils ont énuméré tous les phénomènes éprouvés par la mère, lorsque survient la mort du fœtus; toutes les causes qui peuvent l'entraîner; et discuté leur valeur comme preuve à l'appui d'une mort antérieure à la naissance. Mais à quoi cette énumération pourrait-elle être utile? serait-ce pour le cas où la mère soupçonnée d'avoir commis le crime d'infanticide viendrait déclarer que son enfant était mort avant de naître? nul doute alors qu'elle ne vînt énoncer, à l'appui de son assertion, qu'elle a éprouvé une maladie grave ou qu'elle a eu des convulsions, une hémorrhagie, une commotion suite de chute, qu'elle a reçu un coup sur l'abdomen; qu'elle a commis des imprudences, soit en soulevant un fardeau, soit en se livrant à un exercice immodéré; ou qu'elle a fait abus des liqueurs spiritueuses, des plaisirs de l'amour, etc. Quelles inductions le médecin pourrait-il tirer d'un pareil dire? Tout au plus reconnaîtrait-il que chacune de ces causes est capable de causer la mort du fœtus; mais une déclaration de ce genre faite par la mère ne saurait jamais constituer pour lui une preuve, et par conséquent une discussion sur la valeur de ces faits serait tout-à-fait oiseuse.

A ces causes, l'inculpée pourrait joindre l'énoncé de quelques phénomènes qu'elle a pu éprouver, tels que la cessation des mouvements actifs du fœtus, le ballottement du ventre lorsqu'elle se couchait de côté, un sentiment de pesanteur sur le rectum, un malaise général, des nausées, de l'anorexie, etc. Tous ces phénomènes ne sont pas palpables pour le médecin; il ne saurait acquérir la preuve qu'ils ont existé, et si la mère pouvait la fournir, il est probable qu'alors tout soupçon d'infanticide disparaîtrait, car elle aurait appelé ou consulté un médecin sur son état, elle n'aurait pas dissimulé sa position, elle ne serait pas accouchée seule, comme cela arrive le plus souvent.

Comment a-t-on pu rappeler le défaut de pulsations du cordon ombilical, le refroidissement de ce cordon et du corps, à propos d'infanticide? S'il est vrai que ces caractères soient dans un grand nombre de cas des indices de la mort d'un enfant, pour un accoucheur qui est appelé auprès d'une femme en travail, et qui trouve le cordon engagé avec l'enfant, à quoi

serviraient-ils, quand il s'agit de constater un corps de délit, à l'égard d'un enfant toujours sorti de l'utérus depuis un certain temps?

Laissons donc de côté tous ces indices, recevons les déclarations de l'inculpé à titre de renseignements, et attachons-nous surtout à juger la question d'après l'état de l'enfant.

Il n'est qu'un seul indice appréciable à l'expertise, c'est l'existence chez la femme d'un écoulement fétide par le vagin, écoulement qui peut persister pendant plusieurs jours après l'accouchement. Mais observons qu'il peut dépendre de plusieurs causes; que s'il peut être la conséquence de l'expulsion d'un enfant putréfié, il peut aussi provenir de la putréfaction du placenta ou des débris de membranes restés dans l'utérus; d'une affection du vagin, du col de l'utérus, d'ulcérations, etc. C'est à l'expert à rechercher, autant que cela est possible, la nature de la cause à laquelle il est dû.

En résumé, la présence des caractères de *la putréfaction utérine* sur un enfant nouveau-né résout complétement la question; l'absence de ces caractères peut laisser le médecin dans le doute, dans le cas où la respiration n'a pas eu lieu; mais elle ne saurait jamais le conduire à des présomptions d'infanticide. Le défaut de preuves ne peut donc pas être préjudiciable à un inculpé.

DES MOYENS DE RECONNAÎTRE SI L'ENFANT A PÉRI PENDANT OU IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

MORT DE L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Les causes capables de faire périr un enfant pendant l'accouchement sont nombreuses; nous allons les examiner successivement, et rechercher les moyens que l'expert peut avoir à sa disposition pour reconnaître qu'elles ont existé, lorsqu'il procède à l'examen du corps de délit.

1° Travail long et pénible. — Il s'observe principalement dans les cas où les eaux de l'amnios se sont écoulées avant la dilatation complète du col de l'utérus; la tête de l'enfant reste alors long-temps, soit au détroit inférieur du bassin, soit à la vulve. Dans cette position, elle reçoit, de la part des contractions de

la matrice, une compression plus ou moins forte, plus ou moins prolongée, qui tend à l'expulser. La mort de l'enfant peut provenir, ou de l'interruption de la circulation par le fait de la compression du cordon ombilical qui est engagé avec la tête, ou de la compression du placenta, et peut-être même de celle du cerveau. Toujours est-il qu'à l'ouverture du corps on trouve souvent des traces évidentes de congestion cérébrale.

Est-il des moyens de reconnaître ce genre de mort? La plupart des auteurs donnent comme caractères *l'insensibilité et l'immobilité* de l'enfant au moment de sa naissance; mais l'expert ne peut pas les constater puisque l'enfant est séparé de la mère quand il l'examine. — *Une tumeur séreuse ou séro-sanguinolente* plus ou moins étendue, plus ou moins considérable, qui a le plus souvent son siége au sommet de la tête ou vers un des points de sa partie supérieure: mais cette tumeur est commune à presque tous les enfants qui viennent de femmes primipares, et par conséquent son étendue peut seule faire apprécier la difficulté du travail. — *La difformité et l'allongement* de la tête: ce caractère est plus concluant, attendu qu'en général il ne se rencontre pas seul; il coïncide avec la tumeur précédente, qui est d'autant plus considérable que le travail a été plus long; cette tumeur a souvent 6 à 8 lignes d'épaisseur; elle se laisse facilement déprimer pendant la vie, mais elle est plus rénitente après la mort; sa couleur est quelquefois violacée; son étendue en largeur peut avoir jusqu'à 2 pouces de diamètre et même plus; elle est parfaitement limitée, circonscrite, et la peau qui l'environne conserve sa couleur naturelle. Le tissu cellulaire sous-cutané est rempli de sérosité rosée ou rouge, ou même il contient parfois une certaine quantité de sang pur, sous la forme de caillots variant entre le volume d'une amande et celui d'une noix. Cet état du tissu lamineux ne dépasse pas les bords de la tumeur; le périoste a une couleur lie de vin limitée comme elle; tout ce qui est en dehors du cercle qu'elle occupe est blanc, comme dans l'état normal. Le périoste est souvent séparé de l'os par du sang noir; il est décollé dans une certaine étendue, tandis que la circonférence du décollement est fort adhérente. Le tissu osseux est rouge; ses pores laissent

suinter du sang. La dure-mère peut être détachée par quelques gouttes de sang noirâtre ; l'arachnoïde peut être plus ou moins injectée, et du sang exister dans les fosses de la base du crâne. En un mot l'accouchement peut faire naître des tumeurs variables depuis l'état presque séreux jusqu'à l'état sanguinolent pur; ces tumeurs peuvent occuper le tissu cellulaire placé sous le cuir chevelu, ou bien être situées entre l'aponévrose et le péricrâne, entre le péricrâne et les os, entre les os et la dure-mère; elles peuvent être simples ou multiples, comme dans le cas de pression latérale.

Si l'on prend ces divers tissus : cuir chevelu, périoste, dure-mère, os, et si on les place entre l'œil et la lumière, on voit qu'ils sont fortement colorés en rouge et opaques dans toute l'étendue de la tumeur; et qu'ils sont, au contraire, très blancs et transparents dans les parties environnantes, la coloration en rouge a des limites très nettes et très tranchées, même dans le tissu des os. Cette observation, faite par M. Meigne oncle (Voy. *Thèse inaugurale*, Paris, 1837) établirait, suivant lui, une différence tranchée entre ce produit d'accouchement et les lésions qui sont le résultat de violences exercées sur le crâne dans un but homicide. Car, suivant ce médecin, les contusions avec ecchymoses, épanchement de sang, fracture opérée immédiatement après l'accouchement, n'amènent jamais de coloration de tissus *visibles par réfraction de la lumière.* — Cette coloration dans le cas de lésions dépendant du fait d'un accouchement entraînerait donc avec elle une injection capillaire des tissus qui persisterait après la mort, et qui se manifesterait par une coloration très sensible, tandis que dans le cas de violences il y aurait des phénomènes d'infiltration sanguine, d'épanchement de sang, mais sans injection capillaire, dans la substance propre des tissus et des organes. M. Meigne appuie ce caractère d'expériences sur les animaux, sur lesquels il a opéré des contusions (sur la tête de chats et de chiens qui venaient de naître), et où les caractères indiqués ont été très tranchés.

On comprend toute la portée de ce genre d'observations en médecine légale; il ne tend rien moins qu'à lever toute incerti-

tude sur la nature des violences que l'on peut rencontrer à la tête. Or, c'est là le lieu où l'on observe le plus communément des lésions dans les cas d'infanticide ; malheureusement l'expérience n'a pas encore sanctionné ce fait d'observation.

L'enfoncement des os, leur mobilité, le décollement du périoste, la déchirure des membranes qui unissent les os, et même la fracture de ces os, sont encore des lésions que l'on peut observer. — Voici comment Chaussier s'exprime à ce sujet (*Considérations médico-légales sur l'infanticide*, p. 26) : « Cette altération est plus considérable encore, lorsque le détroit abdominal ou supérieur est rétréci par la saillie de l'angle sacro-vertébral ; souvent la tête est déformée, allongée dans son grand diamètre, aplatie dans son diamètre transversal ; quelquefois même on trouve, soit à l'un des pariétaux, soit à tous les deux, une dépression plus ou moins grande, *ou une fracture* longitudinale, tantôt anguleuse, ou disposée en étoile. Mais ces désordres, qui sont un *effet immédiat* du travail même de l'accouchement, doivent être examinés avec beaucoup de soin, afin de ne pas les présenter dans un rapport comme preuves de violence intentée contre la vie de l'enfant, ainsi qu'il paraît que cela a eu lieu dans plusieurs rapports juridiques. Mais *on les distinguera facilement de celles qui auraient été produites par quelques violences extérieures, par la nature de la tumeur qui existe sur la partie qui se présentait;* d'ailleurs elles correspondent à la région du crâne qui appuyait contre la proéminence du sacrum, contre le rebord du pubis. Enfin les autres parties du crâne ne présentent aucune altération, ni dans leur continuité ni dans leur connexion. » Ces faits, qui ont été reproduits par la plupart des accoucheurs, me paraissent avoir été présentés d'une manière bien générale et bien vague. Et d'abord, connaît-on beaucoup d'exemples de femmes qui aient accouché par les seuls efforts de la nature, et sur les enfants desquelles on ait observé de pareils désordres? Ne les a-t-on pas plutôt remarqués sur des femmes dont les enfants avaient la tête ainsi engagée, enclavée, et où des secours ont été administrés pour opérer la délivrance? Ne serait-ce pas pendant les manœuvres mêmes de l'accoucheur ou pendant l'application des instruments propres à

déplacer la tête, que les fractures se seraient produites, que les disjonctions d'os auraient eu lieu, etc., etc.? Cela nous paraît beaucoup plus probable, et M. Velpeau partage notre opinion à cet égard lorsqu'il dit (*Traité sur les accouchements*, XI, 588), que la presque totalité des cas de fractures rapportés par Chaussier, Dugès, madame Lachapelle, André, Sieboldt, se rapportaient à des accouchements dans lesquels on avait employé le forceps; toutefois nous ne nierons pas la possibilité de pareils résultats, mais nous avons cru devoir faire sentir combien ils devaient être rares par les seuls efforts de la nature. Il faut, pour qu'ils aient lieu, d'abord une très grande force de la part de la mère, ensuite un rétrécissement de l'un des diamètres du bassin dans lequel la tête est engagée. Ajoutons qu'il est difficile qu'une femme cache un accouchement dont le travail est aussi douloureux et aussi opiniâtre, si même elle peut se délivrer seule. De quelle utilité serait le caractère indiqué par Chaussier, la nature de la tumeur, pour reconnaître la cause de pareils désordres, quand M. Capuron indique comme coïncidant avec ces lésions, l'engorgement des vaisseaux céphaliques, *l'épanchement de sang* sous le péricrâne, sur la dure-mère, entre les lames de la pie-mère, dans les ventricules du cerveau, à la base du crâne! (Capuron, *Méd. lég.*, page 441.) Évidemment, ou les lésions ont été exagérées, ou il serait tout-à-fait impossible de distinguer les désordres résultant d'un accouchement d'avec ceux qui reconnaîtraient le crime pour cause, à moins que les caractères donnés par M. le docteur Meigne fussent à l'abri de toute objection, ce que nous n'avons pas encore suffisamment vérifié.

Enfin il est rare, dit Rœderer, qu'un fœtus naisse sans porter quelque tumeur à la tête, à moins qu'il ne soit mort avant l'accouchement. Mais il est bien plus vraisemblable que cette tumeur est l'effet d'une violence exercée sur le nouveau-né lorsqu'elle n'occupe qu'un seul endroit très circonscrit.

Quoi qu'il en soit, les vices de conformation du bassin pouvant donner lieu à de pareils désordres, il est important, en médecine légale, de visiter la femme accouchée et soupçonnée du crime d'infanticide, toutes les fois que les circonstances

le permettent, afin de rechercher jusqu'à quel point la conformation du bassin devrait être une source d'erreur.

2° Une hémorrhagie, soit interne, soit externe, résultant du décollement du placenta peut aussi faire périr l'enfant pendant le travail de l'accouchement : interne, si le placenta est implanté dans la cavité de la matrice ; externe, s'il est situé sur le col utérin. *Caractères* : dans ce dernier cas, le sang provient de deux sources différentes : d'abord de la mère, ensuite de l'enfant ; par conséquent tous les deux devront présenter des indices de cet accident. Toutefois, comme, à quantité égale, la perte du sang exerce une influence beaucoup plus grande sur l'enfant, le corps de celui-ci offrira le cachet anémique d'une manière beaucoup plus prononcée. Le cadavre de l'enfant sera pâle, décoloré, à peau diaphane, couleur de cire ; les poumons, le foie, pâles et décolorés ; les cavités du cœur et les principaux vaisseaux vides ou presque vides de sang.

Rœderer (*Element. artis obstetric.*, § 389) signale le cas où « pendant le travail de l'accouchement le placenta se détache, le cordon ombilical se rompt, d'où résulte une violente hémorrhagie pour la mère et pour l'enfant. » Il y a erreur, car si le cordon ombilical se rompt, il n'y a pas d'hémorrhagie pour l'enfant, ainsi qu'on le verra plus loin.

4° La compression du cordon ombilical qui a été engagé avec la tête pendant l'accouchement : l'enfant meurt, dit-on, d'apoplexie. Telle ne doit pas être la cause de la mort ; ou si l'état du cerveau tend à le démontrer, c'est que la compression n'était qu'un accident, et non pas la cause principale. Il ne peut résulter de cette circonstance que la mort par syncope, suite du défaut de sang ou d'un sang non renouvelé. — Cet état ne laisse pas de traces de son existence sur le corps de l'enfant ; et par conséquent l'absence de lésions propres à expliquer la mort pourrait seule être constatée par le médecin.

4° Un accouchement où l'enfant sortant par les pieds, les genoux ou les fesses, la tête resterait long-temps dans la cavité du bassin, arrêtée par le col de la matrice qui se resserre sur le cou. Ici, la compression du cordon ombilical, nécessairement engagé, serait encore la cause de la mort. Il n'existerait

sur le corps de délit qu'un seul indice de cette disposition, ce seraient les taches rouges, livides, plus ou moins ecchymosées, que l'on pourrait observer sur les parties engagées les premières, taches qui coïncideraient avec des indices de stase sanguine à la face et au cerveau; car le col utérin ne saurait amener de traces de violences dépendant de la compression qu'il aurait exercée.

5° L'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant, susceptible d'amener la mort, soit par strangulation, si le cordon trop court est tiré par le poids du corps, en même temps que le placenta présente une résistance à cette traction, soit parce que le cordon se trouve comprimé par le col utérin : Dans ce dernier cas, on rencontrera les phénomènes que nous avons présentés dans le paragraphe précédent; dans le premier, avant de signaler les résultats qui peuvent être la conséquence de cette proposition, il faut examiner quels peuvent être les effets locaux de cette compression. (Voy. *Contusion considérée comme cause de mort en fait d'infanticide par commission*, VI[e] question.)

6° La rupture du cordon ombilical, pendant le travail de l'accouchement, comme Rœderer, Delamotte, Levret et Baudeloque, en citent des exemples. Le résultat, dit M. Capuron (Ouvr. cité, page 345) est une hémorrhagie qui peut devenir mortelle pour l'enfant s'il ne vient promptement au monde pour respirer et pour recevoir les soins qu'il exige. Loin de partager cette manière de voir, nous la combattrons lorsque nous traiterons de l'omission de la ligature du cordon considérée comme cause de mort.

MORT DE L'ENFANT IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Les causes naturelles de la mort de l'enfant *après l'accouchement* sont variées; nous allons les passer successivement en revue.

1° Faiblesse de naissance. — Soit que l'enfant naisse avant terme ou mal constitué, soit qu'il vienne après un accouchement laborieux, accompagné d'hémorrhagie ou d'une perte de sang plus ou moins considérable, il ne jette aucun cri, il ne respire pas; la peau est pâle et l'on perçoit à peine les battements de son cœur. Un peu de chaleur à la peau, quelques

mouvements obscurs des membres ou des lèvres, tels sont les seuls indices de la vie. — La mort qui survient dans cet état ne saurait laisser après elle que des résultats négatifs en fait de caractères anatomiques; tels sont : la faiblesse propre de l'enfant qui se dessine par son peu de volume, sa petitesse, la maigreur des membres, lès faibles dimensions du thorax, l'état amaigri de la peau et de tous les organes, si une perte de sang a coïncidé avec l'accouchement; l'absence de toute trace de violence, de toute altération de parties ou d'organes capables d'expliquer la mort, enfin de tout vice de conformation entraînant avec lui l'extinction de la vie. Les médecins ne sont pas d'accord sur le genre de mort auquel succombe l'enfant. Les uns qualifient cet état d'asphyxie des nouveaux-nés; d'autres admettent que l'enfant succombe à la syncope; il en est qui le rattachent à l'anémie proprement dite.

Heroldt et Scheele y voient dans quelques cas une conséquence directe de la présence d'une certaine quantité de mucosités dans la trachée-artère, mucosités dont l'expulsion n'a pu être opérée par les seuls efforts de l'enfant. Désormeaux et Freteau considèrent la compression du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement comme capable de le déterminer aussi, en oblitérant la veine ombilicale et laissant libre le canal des artères, en s'opposant, en un mot, à l'arrivée du sang de la mère au fœtus, tout en permettant le départ du sang du fœtus. Il est certain que ces diverses causes peuvent amener la mort de la même manière que la faiblesse de naissance, mais celle-ci a son cachet particulier dans l'organisation même de l'enfant, dans la faiblesse de sa constitution, et c'est ce à quoi le médecin doit s'attacher pour la constater et la qualifier.

2° Mucosités ou eaux de l'amnios dans la trachée-artère.—Il résulte d'observations bien faites, que la trachée-artère peut contenir à la naissance une quantité plus ou moins considérable de mucosité épaisse capable d'amener la mort naturelle et immédiate de l'enfant, si par des soins bien entendus on ne détermine son expulsion. L'enfant périt asphyxié par défaut d'air, ou plutôt l'asphyxie n'a pas lieu, car ce genre de mort suppose toujours l'introduction préalable de l'air dans les poumons.

Ainsi un enfant ne saurait périr asphyxié s'il n'a préalablement respiré. Cependant l'enfant meurt dans ce cas par défaut d'air, en ce sens que la respiration ne peut pas s'établir, que l'air ne peut pénétrer dans les poumons; mais il ne succombe pas à la manière des asphyxiés, et il ne saurait offrir les caractères anatomiques de ce genre de mort, puisque la grande circulation pulmonaire n'a jamais été établie.

Caractères anatomiques. — La présence de mucosités épaisses remplissant la trachée-artère est le seul caractère qui puisse faire pressentir au médecin la cause de la mort.

3° Séjour de l'enfant dans le sang et les eaux de l'amnios provenant de l'accouchement.—Rien ne serait plus commun que ce genre de mort, si les personnes chargées de porter des secours à l'accouchée, ou l'accouchée elle-même, ne retirait l'enfant de la position dans laquelle il est placé, la face plongeant dans les liquides accumulés au-dessous des parties génitales et entre les cuisses. Ici c'est encore un genre de mort analogue au précédent, et l'expert a une ressource de moins pour juger de la cause de la mort; aussi ne peut-il que déclarer qu'il n'existe aucune trace de violence, de maladie ou de vices de conformation auxquels on puisse rattacher la mort. Il serait possible dans ce cas que les efforts inspiratoires de l'enfant vinssent à s'exercer avec assez de puissance pour faire arriver du sang dans la trachée-artère. Il faudrait alors bien prendre garde d'attribuer ce phénomène à une violence exercée sur l'enfant pendant la vie et lorsque la respiration n'était pas encore établie.

4° État apoplectique.— Mauvaise dénomination, il est vrai, mais qui indique au moins la congestion sanguine qui s'est opérée au cerveau. Toutefois cette congestion n'est pas limitée à cet organe, elle est générale. Cerveau, poumons, foie, cœur, peau, toutes les parties sont gorgées de sang; de là l'état violacé de la surface du corps, notamment de la face. Le sang est liquide, mais assez épais; il suinte de la section de tous les viscères; il est parfois infiltré dans les méninges et épanché à la surface ou dans les cavités du cerveau; çà et là peuvent se rencontrer des petites ecchymoses limitées du tissu cellulaire sous-cutané de la tête, et qu'il ne faudrait pas prendre pour la

trace de violences opérées sur l'enfant; la bosse sanguine de l'accouchement est aussi très forte, et elle est d'autant plus prononcée, que l'état apoplectique est la conséquence ordinaire d'un travail long et pénible.

4° La compression de la tête avec enfoncement ou même fracture des os.— C'est le cas où la tête appuyée contre l'angle sous-vertébral reste long-temps soumise à de violents efforts; que, volumineuse d'ailleurs, elle est obligée de se mouler comme dans une filière à travers le bassin qu'elle parcourt. Radfort (*Lond. med. and surg. journ.*, mars 1834; p. 145) a fait remarquer que l'enfant courait de graves dangers de mort lorsqu'il sortait vivant après un pareil accouchement, surtout lorsque la tête avait été comprimée dans son diamètre occipito-frontal; que la circulation du sinus de la dure-mère éprouvait alors une gêne manifeste. Cette compression peut aller jusqu'à l'enfoncement et la fracture des os.

Caractères anatomiques.—Ici l'expert aura quelques difficultés à surmonter pour porter un diagnostic certain. Cest dans ce cas surtout où les observations faites par le docteur Meigne pourraient être d'une grande utilité; faisons observer cependant qu'il est une circonstance qui pourra guider l'expert dans l'appréciation des faits. De pareils désordres ne peuvent se produire sans que la tête ne subisse une déformation considérable, et comme elle a été long-temps enclavée, elle conserve après la mort la forme qu'elle avait à sa sortie des parties génitales, et le vice de conformation est tellement marqué dans beaucoup de cas, qu'il devra éveiller l'attention du médecin sur les causes des altérations graves qu'il observera. Cette déformation coïncidera toujours avec une tumeur sanguine considérable, et qui par cela même éclairera sur la mort de l'enfant qui aura pu être la conséquence de la compression de la tête.

5° Le milieu dans lequel l'enfant se trouve placé. — Tel serait le cas où une femme accoucherait dans un bain; il est bien difficile qu'un pareil cas se rencontre, l'enfant se trouverait alors placé dans les conditions que nous avons signalées sous le n° 3.

6° Les vices de conformation ou monstruosités capables de faire périr immédiatement l'enfant. (*Voy.* VIABILITÉ.)

7° Les maladies des organes de la respiration entraînant immédiatement ou prochainement la mort. (*Voy.* cette question : *La mort a-t-elle été naturelle?*)

On voit en résumé que les causes capables de faire périr l'enfant pendant et après l'accouchement sont nombreuses; qu'il est souvent difficile de les constater après la mort; mais si nous résumons les faits tracés d'une manière isolée, et que nous arrivions à la pratique médico-légale de chacun d'eux, nous verrons :

1° Que si la respiration n'a pas eu lieu et qu'il n'existe sur le corps de l'enfant aucune trace de violence qui puisse expliquer la mort et démontrer que l'enfant a vécu après l'accouchement ou était vivant pendant que les violences ont été exercées, il n'y a aucune cause de mort appréciable, et par cela même, médicalement parlant, tout soupçon d'infanticide disparaît. L'enfant est considéré alors comme enfant mort-né. Donc pas de cause d'erreur possible.

2° Si la respiration s'est établie imparfaitement et qu'il existe une tumeur sanguine à la tête avec décollement du périoste, fracture aux os, c'est là où est la difficulté pour l'expert, c'est là où le doute ou bien une restriction doit être établie; il doit dire : la mort a pu être le résultat des violences observées; mais ces violences pourraient aussi provenir d'un accouchement laborieux; tel serait le cas d'une femme primipare dont le bassin aurait des diamètres très petits, et qui aurait donné naissance à un enfant très volumineux.

Remarquons toutefois qu'il en serait tout autrement, si à côté des traces de violences que nous venons de signaler, ou dans un point plus ou moins éloigné, on observait la tumeur sanguine propre à l'accouchement, alors on ne pourrait plus attribuer les désordres à un travail long et pénible, et l'indice d'un infanticide deviendrait bien plus certain. Eh bien! c'est ce que nous avons très fréquemment observé.

3° La respiration n'a pas eu lieu et les traces de violences existent sans apparence isolée de tumeur séro-sanguinolente provenant du fait de l'accouchement; alors, tout en reconnaissant que les violences ont été la cause de la mort, il faut ajouter

qu'un accouchement laborieux aurait pu les produire. C'est en se tenant dans ces sages limites que l'on ne compromet pas une accusée, et plus tard, lorsque les circonstances de l'accouchement sont connues, lorsqu'on apprend par exemple que l'accouchement a été facile et court, alors la solution de la question ne saurait plus être douteuse.

DES MOYENS DE DÉTERMINER SI LA RESPIRATION A OU N'A PAS EU LIEU.

L'ensemble de ces moyens peut être compris sous le titre de *docimasie de la respiration*. Le mot *docimasie* vient de δοκιμάζω, j'essaie. La docimasie est donc l'art de faire des essais. Cette expression fut d'abord employée pour désigner l'opération qui, en faisant connaître le poids spécifique des métaux, servait à déterminer leur degré de pureté. Plus tard on lui donna dans les arts une acception plus étendue, et l'on comprit dans la docimasie métallurgique toutes les opérations physiques ou chimiques propres à spécifier la nature et le degré d'altération des minerais ou des métaux. — L'opération qui, dans les arts, avait servi à déterminer le poids spécifique des corps métalliques fut employée à évaluer le poids spécifique des poumons, et dès lors elle reçut le nom de *docimasie pulmonaire;* expression à laquelle quelques auteurs joignirent celle d'hydrostatique, pour indiquer que c'est l'immersion dans l'eau qui en constitue le caractère.

Mais aujourd'hui que plusieurs opérations ou essais différents sont faits, tant sur les poumons que sur d'autres organes ou même sur les parois thorachiques, dans le but de déterminer si l'enfant a ou n'a point respiré, convient-il d'imiter les métallurgistes, et de comprendre sous une dénomination commune toutes ces opérations? Faut-il dire avec M. Marc : *docimasie de la respiration*, pour exprimer leur ensemble? On peut le faire sans inconvénient, mais aussi sans avantage, puisque l'on embrasse un grand nombre d'opérations et de recherches différentes sous un même titre. J'avais adopté cette dénomination et je lui avais donné cette extension dans la première édition de cet ouvrage; j'ai réfléchi que cette innovation ne présentait

aucun avantage réel, et c'est ce qui m'a déterminé à ne lui accorder aucune préférence.

Pour exposer avec méthode les faits qui sont relatifs aux moyens de reconnaître si la respiration a ou n'a pas eu lieu, nous les classerons dans trois divisions principales. La première comprendra les notions fournies par l'examen des parois thorachiques; dans la seconde, nous placerons celles déduites de l'état des organes contenus dans la poitrine; et dans la troisième, les notions qui découlent de l'examen des organes renfermés dans l'abdomen; en sorte que l'étude de ces sujets divers soit autant que possible en rapport avec la marche que l'on suit pour l'exploration des organes lors d'une ouverture judiciaire. A chacune de ces divisions viendront se rattacher des subdivisions, qui grouperont ainsi des faits analogues ou au moins conduisant au but que l'on se propose d'atteindre.

Nous envisagerons tous les faits qui se rattachent à la solution de cette importante question, d'abord sous le rapport de leur valeur absolue, ensuite sous celui de leur valeur d'ensemble, de manière à les coordonner et à en tirer des inductions plus précises; c'est d'ailleurs la marche qui doit toujours être suivie en médecine légale, puisque la plupart des faits dont cette science se compose sont du domaine de la vie.

NOTIONS FOURNIES PAR L'EXAMEN DES PAROIS THORACHIQUES.

VOUSSURE DU THORAX.

La respiration ne pouvant pas s'exécuter sans la dilatation de la poitrine, quelques auteurs ont pensé avec raison que la voussure du thorax devait être plus grande chez l'enfant qui a vécu que chez celui qui est mort en naissant. Cette évaluation ne peut être faite que de deux manières: ou à l'aide de la vue seule, ou au moyen de mesures exactement prises sur la poitrine. Le premier mode est toujours inexact; car, outre qu'il exige une grande habitude de voir le thorax des enfants nouveau-nés, il n'a jamais de point de départ fixe qui puisse servir à préciser un accroissement.

Mensuration du thorax. — Daniel a proposé de mesurer la

circonférence inférieure du thorax, ainsi que la distance qui sépare l'extrémité inférieure du sternum, de la colonne vertébrale. Ces recherches n'ayant pas été faites, on n'avait aucune donnée à ce sujet; je n'ai pas attaché une grande importance aux résultats qu'elles pourraient fournir, j'ai cependant cru devoir prendre quelques mensurations dont je vais faire connaître les chiffres. Elles ont été obtenues à l'aide d'un compas d'épaisseur; elles ne sont donc pas exactement prises comme le voulait Daniel, mais elles peuvent déjà faire pressentir l'instabilité des résultats que l'on pourrait obtenir à l'aide du procédé proposé par ce médecin. La nature s'astreint si peu à des règles, que tout ce qu'on cherche à généraliser par des limites fixes, offre toujours de grandes variations, et présente par conséquent un nombre plus ou moins considérable d'exceptions. On ne peut établir que des moyennes, qui, appliquées à des faits particuliers, viennent parfois prêter un appui, mais qui jettent le plus souvent l'expert dans l'incertitude.

ENFANTS MORTS-NÉS.			ENFANTS AYANT VÉCU.			
Terme de	Diamètre sterno-vertébral.	Diamètre costal.	Terme de	Durée de la vie.	Diamètre sterno-vertébral.	Diamètre costal.
9 mois.	3 p. 2 l.	4 p. 7 l.	9 m.	18 heures.	3 p. 3 l.	3 p. 10 l.
9 —	3 6	4 6	9	2 jours.	3 8	3 6
9 —	3 »	3 10	9	4 —	3 7	4 9
9 —	3 2	4 6	9	11 —	2 6	3 4
9 —	3 3	4 6	9	6 —	3 5	3 9
9 —	3 »	4 3	9	1 —	3 6	4 »
9 —	2 7	3 11	8	18 heures.	2 3	2 9
7 1/2	2 4	3 11				
6 1/2	2 3	2 9				
6 —	1 10	3 1				

Ces recherches, trop peu nombreuses pour pouvoir en déduire des résultats très positifs, viennent à l'appui de l'opinion de la plupart des médecins, qui ont pensé qu'elles seraient de peu d'utilité. Les causes de leur variation sont faciles à établir. Sans même tenir compte des difformités nombreuses du thorax que les individus peuvent apporter en naissant, on

sait que rien n'est moins fixe chez l'adulte, et par conséquent aussi chez l'enfant, que les dimensions de la poitrine ; que, par rapport au développement de cette cavité, ces dimensions doivent subir de grands changements entre le terme de six mois et celui de neuf mois ; que, suivant l'époque à laquelle le cadavre est examiné, la voussure du thorax, qui pendant la vie était très marquée, s'efface en partie après la mort, parce que les parois de la poitrine sont cartilagineuses en avant, et qu'elles peuvent éprouver un certain affaissement lorsque la mort et la flaccidité cadavérique qui en est la conséquence viennent frapper toutes les parties du corps. Or, c'est le plus souvent à cette époque qu'a lieu l'examen du corps de délit.

HAUTEUR DU DIAPHRAGME.

Ploucquet (*Commentarius medicus in processus criminales super homicidio*, *infanticidio*, etc. Strasbourg, 1787, in-8°) a proposé de constater l'ampliation de la poitrine par le fait de la respiration, en ouvrant l'abdomen de l'enfant et en mesurant à quelle côte correspond le sommet du centre aponévrotique du diaphragme, après avoir préalablement placé un fil à plomb, qui, partant de l'extrémité inférieure du sternum, s'étendrait à la colonne vertébrale. Il pensait que si l'on arrivait à établir des tables comparatives, chez les fœtus qui ont respiré et chez ceux qui n'ont pas respiré, on arriverait à des résultats positifs, attendu que la convexité du diaphragme doit être moindre chez l'enfant qui a vécu que chez celui qui est mort-né. Il a même proposé de refouler le centre du diaphragme vers la cavité de la poitrine, afin de s'assurer s'il n'est pas susceptible de s'élever ; car dans le cas où cette élévation s'effectuerait, on devrait être porté à penser qu'un refoulement semblable aurait eu lieu pendant la vie de l'enfant, et par conséquent que la respiration aurait été effectuée. Toutes ces recherches n'ont pas été faites. Il est possible qu'elles conduisent à des conséquences avantageuses sous ce rapport, qu'elles viendraient corroborer le médecin dans la conviction qu'il pourrait acquérir de l'existence de la respiration ; mais je pense qu'elles ne seraient concluantes que pour les cas où la respiration aurait été complète. Or, ces cas of-

frent, en général, peu d'incertitude, ainsi que je le prouverai plus tard. Ces recherches seraient tout-à-fait inutiles pour ceux où la respiration n'a pas eu lieu, car on trouve sur les poumons des enfants qui n'ont pas vécu des traces évidentes de l'absence de la respiration.

On obtiendrait de ces recherches le résultat auquel ont conduit les expériences de Bernt; savoir, que la respiration pouvant offrir en étendue des nuances infinies entre ses premières et ses dernières limites, on aurait une échelle d'élévation ou d'abaissement du diaphragme tellement graduée et divisée, que la limite précise entre l'absence de la respiration et la repiration commençante ne pourrait pas être indiquée; il y a plus, certains poumons d'enfants, qui n'auraient pas été pénétrés par de l'air, pourraient abaisser le diaphragme dans une proportion plus grande que les poumons de fœtus chez lesquels la respiration aurait été imparfaite.

NOTIONS FOURNIES PAR L'EXAMEN DES ORGANES CONTENUS DANS LA POITRINE.

POUMONS.

Avant d'aborder ce sujet, qui nous fournira des documents importants, il est nécessaire de rappeler les changements que la respiration apporte dans les poumons de l'enfant. Deux fluides pénètrent à la fois dans ces organes : 1° l'air s'y introduit graduellement et à l'aide de quelques efforts inspiratoires; 2° le sang y afflue dans une proportion plus considérable. Quelques minutes suffisent pour l'entrée de l'air dans toutes les parties des poumons, lorsque ces organes sont sains, que l'enfant est bien constitué, et qu'il n'a reçu pendant l'accouchement aucune atteinte funeste à sa viabilité. Il n'est pas aussi facile de préciser le temps nécessaire à l'introduction de la quantité de sang qui doit vivifier toutes les parties du fœtus après son contact avec l'air; elle doit être prompte, si les artères pulmonaires ont acquis à l'époque de la naissance un développement tel, qu'il suffise de l'extension de leurs parois par le fait de l'ampliation des poumons pour que le sang y pénètre et les remplisse. Elle doit êtrelente, au contraire, si l'extension des parois artérielles est le résultat de la force expultrice du cœur imprimée au sang, ou si elle est le

fait d'un développement gradué soumis aux lois vitales ordinaires. Foderé, dit M. Orfila, pense *que les artères et les veines des poumons de fœtus qui n'ont pas respiré sont vides et dans un état de collapsus.* (*Méd. lég.*, t. IV, p. 481, 2ᵉ édition.) M. Orfila établit, au contraire, qu'il est aisé de s'assurer non seulement que les artères et les veines pulmonaires contiennent du sang, mais encore qu'on les trouve quelquefois pleines de ce fluide à une distance assez grande dans le tissu des poumons. Il ajoute : Les conséquences de cette erreur anatomique sont d'autant plus graves, que l'auteur qui l'a commise a voulu la faire servir, à tort, comme nous le dirons plus loin, à déterminer si, lorsqu'un poumon surnage, sa légèreté dépend de ce que l'air a été insufflé ou inspiré. (*Leçons de Médecine légale*, II, 155.) M. Orfila a fait une citation fausse. Foderé dit que les artères et les veines des poumons sont vides et dans un état de collapsus, *lorsque l'on a pratiqué l'insufflation des poumons;* mais non pas avant cette insufflation : son application est donc fondée. Que les artères pulmonaires renferment du sang avant l'établissement de la respiration, ou qu'elles n'en renferment pas, toujours est-il que le poids des poumons peut être doublé par le fait de la respiration. Il est difficile de concevoir comment quelques minutes suffiraient pour dilater les divisions artérielles au point de recevoir une quantité de sang capable d'opérer un pareil changement. Il est d'ailleurs rationnel de croire que la nature a dû disposer les artères à recevoir, dans un espace de temps fort court, une masse de sang considérable.

L'abord de l'air dans les cellules pulmonaires distend ces cellules, dont les parois étaient accolées les unes aux autres, ce qui change entièrement l'aspect des poumons. Il augmente le volume de ces organes. L'afflux du sang injecte une foule de vaisseaux capillaires qui se dessinent surtout à la surface du parenchyme pulmonaire.

Ainsi donc : 1° abord de l'air dans les poumons ; 2° abord du sang en plus grande quantité ; 2° augmentation de volume ; 4° augmentation de poids ; 5° changement dans leur aspect ; tels sont les principaux phénomènes qui résultent de l'établissement de la respiration chez l'enfant nouveau-né.

Les auteurs de médecine légale ne me paraissent pas avoir attaché assez d'importance à l'inspection extérieure des poumons. Cependant un examen attentif de beaucoup d'enfants que j'ai observés à la Maternité pendant près de neuf mois, m'a conduit à pouvoir déterminer, *à priori*, et sans autre recherche, si, des poumons étant donnés, ils appartiennent à un enfant mort-né ou à un enfant chez lequel de l'air a dilaté toutes les parties de poumons ou bien seulement certaines portions de ces organes; ou enfin, dans beaucoup de cas, si la distension des poumons par de l'air a été le fait de la respiration ou de l'insufflation que l'on pratique assez fréquemment dans cet hospice, afin de rappeler à la vie extra-utérine l'enfant qui vient de naître et qui n'a de chances de salut que dans cette opération. Il est possible aussi de distinguer la dilatation des poumons par de l'air introduit par la trachée-artère, d'avec un emphysème pulmonaire, suite de décomposition putride. Il est, en général, très facile de reconnaître si un poumon a ou n'a pas été pénétré par de l'air; mais il faut beaucoup plus d'habitude pour arriver à distinguer l'expansion pulmonaire naturelle, de l'expansion pulmonaire artificielle.

Situation.

Les poumons, avant l'établissement de la respiration, occupent la partie la plus profonde de la poitrine; ils sont couchés le long de la colonne vertébrale; le plus souvent leur bord antérieur est renversé en dehors, en sorte que leur face interne est antérieure; les côtés du péricarde se trouvent ainsi isolés. Toutefois, cette disposition tient le plus souvent au défaut d'élasticité des côtes qui élargissent considérablement la cavité de la poitrine lorsque le sternum est enlevé, car il y a tout lieu de croire que la situation de ces organes par rapport au cœur est la même avant comme après l'établissement de la respiration. — Après l'établissement de la respiration, leur bord antérieur est en avant et en dedans; il recouvre le péricarde après la section des feuillets du médiastin antérieur; en un mot, leur situation est celle que l'on observe chez l'adulte.—Il a été démontré par beaucoup de médecins, et j'ai plusieurs fois eu occasion de l'ob-

server, que des poumons très petits, enfoncés dans la poitrine, peuvent appartenir à des enfants qui ont respiré. Cependant c'est déjà une présomption en faveur de la respiration, quand les poumons sont très volumineux et qu'ils viennent recouvrir une partie du péricarde; mais ce n'est qu'une présomption.

Volume.

Les poumons non dilatés par de l'air ne paraissent pas remplir les cavités de la poitrine à l'ouverture du thorax; ce qui dépend de ce que, une fois la poitrine ouverte, les organes de l'abdomen, abandonnés à leur propre poids, tendent à agrandir la cavité du thorax inférieurement et latéralement, les côtes elles-mêmes en vertu de leur peu d'élasticité s'affaissent latéralement, et augmentent ainsi le diamètre transversal de la poitrine. Billard pense que non seulement les poumons remplissent cette cavité, mais encore qu'ils y sont pressés à tel point, qu'ils reçoivent quelquefois à leur bord postérieur l'empreinte des côtes, toujours plus saillantes dans l'intérieur du thorax, chez l'enfant que chez l'adulte. Je n'ai jamais observé ce fait, et je suis porté à croire qu'il aura été le résultat d'une circonstance accidentelle de l'accouchement; toutefois il y a lieu de croire que la poitrine est toujours complétement remplie par les poumons.

Quelques enfants arrivent au monde parfaitement bien constitués, et au terme ordinaire de neuf mois; néanmoins ils périssent immédiatement après l'accouchement le plus facile. Si l'on examine leurs poumons, on les trouve *très volumineux*, car ils déplacent autant d'eau que les poumons d'un enfant qui a respiré parfaitement. Plus denses que dans l'état habituel, compactes, charnus, ils sont décolorés, blafards, très lourds (ils pèsent 3 onces 2 gros, c'est-à-dire beaucoup plus que les poumons ordinaires, et immergent, soit en totalité, soit en partie. Si on les incise, on trouve leur tissu infiltré d'un liquide séreux incolore, que l'on ne fait sortir qu'avec peine du tissu cellulaire qui le contient. Si on les insuffle, l'air n'y pénètre pas. Dans ces cas, le thymus a subi la même altération de tissu et la même augmentation en volume. J'ai observé deux exemples de ce

genre d'altérations. Les poumons sont donc, sous le rapport de leur volume et sous celui de leur poids, capables d'en imposer. Je n'ai pas trouvé cette altération décrite dans les recherches d'anatomie pathologique des enfants nouveau-nés de M. Denis, non plus que dans la thèse de Billard sur la viabilité. Ce n'est pas l'état squirrheux, ni l'induration blanche qui précède la suppuration des tubercules pulmonaires. Je serais porté à la désigner sous le nom d'*œdème pulmonaire*, ou endurcissement lardaciforme, parce qu'elle tient le milieu entre l'état squirrheux lardacé et la mollesse ordinaire du tissu des poumons des enfants nouveau-nés. M. Denis indique bien, (ouvrage cité, page 344), l'œdème comme résultat d'un premier degré d'irritation des poumons, mais ce n'est pas l'œdème des nouveau-nés. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Le tissu du poumon qui reçoit les premières atteintes d'une cause irritative devient moins souple, *quoique resté crépitant.* Son volume augmente par une légère infiltration séreuse ; sa couleur tourne *au rouge très clair par une légère injection sanguine.* En le coupant, on voit que ses cellules ne sont qu'affaissées, et que cet état est dû aux fluides qui engorgent les vaisseaux et le tissu cellulaire. »

Tissu et couleur.

Avant la respiration. — Quand on examine avec attention des poumons non pénétrés par de l'air, on observe qu'ils sont formés par un tissu compacte ; qu'ils sont composés de plusieurs centaines de lobules à tissu rouge de *foie d'adulte*, denses, charnus, distincts entre eux par des lames celluleuses ; la forme de ces lobules, à la surface des poumons, est presque quadrilatère ; en général, ils sont unis entre eux d'autant plus intimement, *que l'enfant approche plus du terme de neuf mois ;* leur réunion constitue les lobes des poumons. Incisé, le tissu pulmonaire est sans aréoles visibles, imprégné seulement d'une petite quantité de sang. Avant le terme de neuf mois, les lobules sont lâchement unis entre eux par des lames celluleuses que l'on peut facilement écarter, ces lames sont encore distinctes au terme ordinaire de la grossesse.

Les auteurs ont comparé la couleur des poumons à celle du foie ou du corps thyroïde de l'enfant. La comparaison est exacte si elle se rapporte au foie et au corps thyroïde de l'adulte; mais il n'y a aucune analogie à établir entre l'aspect des poumons d'un enfant, et le foie ou le corps thyroïde chez le même sujet. Il n'est pas plus exact de dire que les poumons ressemblent au thymus; ils n'en ont tout au plus que la couleur. MM. Orfila et Billard (*Leç. de Méd. lég.*, II, p. 102) disent: « Quand on ouvre le thorax d'un enfant qui n'a pas respiré, on est frappé de l'analogie d'aspect du thymus et des deux poumons; il semblerait que le thymus fût un troisième poumon, dans lequel aucun rameau bronchique ne viendrait s'ouvrir. Il n'en est plus de même quand la respiration est établie; mais il est bon de noter la ressemblance, parce qu'après la naissance le thymus conservant encore le même aspect, peut servir de point de comparaison, *et guider l'observateur dans l'examen qu'il se propose de faire du tissu des poumons, modifié ou non par la respiration.* » L'aspect d'un organe ne comprend pas seulement sa couleur, il en embrasse encore la texture. Or, il n'y a aucune analogie entre la texture des poumons et celle du thymus; et quant à la couleur, j'ai presque toujours observé que celle du thymus était plus pâle. L'aspect des poumons d'un enfant nouveau-né est une circonstance d'une grande importance.

Après l'établissement de la respiration.—Aussitôt que l'air vient distendre les lobules pulmonaires, l'aspect des poumons change entièrement. La couleur de foie disparaît; chaque lobule paraît alors être formé par quatre lobules plus petits, ou lobulules intimement unis entre eux. La surface de chacun de ces petits lobules est constituée par des vésicules pulmonaires très blanches disposées carrément, à la manière de tubercules quadrijumeaux, et l'on voit se dessiner dans l'épaisseur des parois de ces cellules une infinité de vaisseaux capillaires injectés de sang; de là l'aspect blanc-rosé des poumons qui ont respiré. Toutefois ce n'est pas une couleur uniforme, comme dans les poumons vides d'air, mais une marbrure capillaire rose, à fond blanc. Cet état peut surtout être bien étudié sur les poumons où la respiration n'a pas été complète, car, à côté

d'un lobule charnu, on distingue très bien un lobule dilaté par de l'air.

Après l'insufflation. — Quand on insuffle les poumons d'un enfant qui n'a pas respiré, les cellules pulmonaires se distendent comme cela a lieu par le fait de la respiration, mais l'*injection capillaire sanguine* ne saurait s'effectuer ; il en résulte alors une coloration *blanche* du tissu des poumons; on n'aperçoit plus que très difficilement les quatre lobulules qui constituent les lobules, et qui chez l'enfant qui a respiré deviennent principalement distincts par l'injection des vaisseaux.

L'introduction de l'air, soit naturelle, soit artificielle, a fait disparaître la consistance charnue du tissu des poumons, et une mollesse tout autre, une consistance spongieuse, viennent la remplacer. On voit donc qu'il n'est pas indifférent de tenir compte des documents qui peuvent être fournis par l'inspection seule des poumons, et qu'avec un peu d'habitude on peut arriver à dire : Telle portion de poumon doit surnager, telle autre doit aller au fond de l'eau; c'est ce que je fais dans mes cours avant de pratiquer la docimasie pulmonaire sur des enfants nouveau-nés qui servent à mes démonstrations. Toutefois un médecin ne pourrait guère être admis à déclarer, d'après l'inspection seule des poumons, qu'un enfant a ou n'a pas respiré. Mais comme le devoir du médecin qui rapporte en justice est, d'après l'article 44 du Code d'instruction criminelle, un *devoir de conscience et d'honneur*, il ne doit négliger aucune des circonstances qui peuvent l'éclairer à l'égard de l'opinion qu'il va émettre.

On objectera peut-être que tous ces états différents sont susceptibles d'offrir de grandes variations, et que l'état normal est loin de l'uniformité que nous avons décrite. On s'appuiera sur une description donnée par Billard, et insérée dans l'ouvrage de *Médecine légale* de M. Orfila, II, p. 100, et reproduite par lui à la page 340 : « *Caractères anatomiques des poumons avant la respiration.* — A cette époque les poumons ont la forme qu'ils auront pendant le reste de la vie. Leur couleur est *extrêmement* variable; ils sont plus ou moins pâles, plus ou moins colorés, suivant l'état pléthorique ou exsangue du sujet. Quelques poumons offrent à leur surface des *taches rouges plus ou moins*

grandes, d'une forme lichénoïde, et qui sont les rudiments probables des taches ardoisées qu'on trouve chez l'adulte, éparses à l'extérieur de ces organes; d'autres sont au contraire *blanchâtres ou d'un rose tendre; leur couleur ressemble beaucoup à celle des poumous de bœuf ou de veau.* Et dans sa deuxième édition M. Orfila ajoutait : « On voit se dessiner les sillons irréguliers et peu profonds qui circonscrivent les lobules *et les vésicules pulmonaires.* »

Je disais dans la première édition de cet ouvrage : Malgré les observations générales qui m'ont été faites récemment à ce sujet par M. Orfila, il m'est impossible de ne pas exprimer des doutes sur l'exactitude de cette description, et de ne pas persister dans ma manière de voir. La couleur des poumons m'a toujours paru à peu près la même. Je n'ai jamais vu de sillons qui dessinassent *les vésicules pulmonaires;* et comment pourrait-il en exister, quand ces vésicules sont tellement ténues, qu'on en trouve un nombre considérable dans quelques lignes carrées! Je crains que Billard n'ait tiré sa description, à la fois de poumons qui n'avaient pas respiré et de poumons qui avaient respiré en partie, ce qui m'exprimerait très bien les variations dans l'aspect qu'il a décrit; ou bien qu'il ait pris pour point de départ des enfants qui avaient vécu depuis plusieurs jours et dont les poumons étaient malades. Pour moi, je dois faire connaître à quelle source j'ai puisé. Mes recherches ont été faites à la Maternité, sous les auspices de MM. Désormeaux et Cruveilher, qui ont eu la bonté de prier les maîtresses sages-femmes d'attacher à chaque bras d'enfant envoyé à l'amphithéâtre une note contenant l'époque de la grossesse de la mère; la date de l'accouchement; si l'enfant est mort-né; s'il a été insufflé ou s'il a respiré; et combien de temps il a vécu; en sorte que je suis parti de données très positives. Chaussier n'avait probablement pas établi ces différences dans l'état extérieur du poumon, car il ne tient aucun compte des enfants chez lesquels la respiration a été incomplète. Bernt, Eissenstein et Zebisch y ont eu égard; car, dans les observations qu'ils ont rapportées, ils disent : les vésicules pulmonaires sont distendues par de l'air, la respiration a été imparfaite, ou elle a été par-

faite, etc. (Depuis cette époque M. Orfila a adopté dans sa troisième édition la description que nous avions donnée, et supprimé la presque totalité de celle donnée par Billard. Que n'en a-t-il fait autant du premier § que nous avons cité, et qui ne saurait se rapporter à des poumons sains et exempts d'air !)

Changements d'aspect opérés par les maladies.

La disposition physique du tissu pulmonaire dans le détail de laquelle nous venons d'entrer n'est applicable qu'aux poumons sains. Elle reçoit plus ou moins d'influence de la part des maladies que les enfants peuvent présenter à leur naissance, et qui affectent le parenchyme pulmonaire ; nous allons les exposer d'une manière succincte, afin de mettre les experts en garde contre des altérations de ce genre. Elles sont au nombre de cinq : 1° *l'engouement pulmonaire ;* 2° *l'hépatisation rouge ;* 3° *l'hépatisation grise ;* 4° une affection dont j'ai déjà parlé, et que j'ai désignée sous le nom *d'œdème pulmonaire ou d'endurcissement lardacé* des poumons ; 5° *les tubercules suppurés ou non suppurés.*

Poumons engoués. L'engouement peut être local ou général. Dans le premier cas, ce seront toujours le bord postérieur et la partie inférieure du poumon qui seront engoués ; alors la partie antérieure de l'organe offrira la couleur et la texture du tissu sain. Dans le second cas, tout le poumon imbibé de sang présente une texture granuleuse ; il est flasque, pesant, et doué d'une solidité assez grande pour qu'on ne puisse rompre son tissu sans un certain effort ; le sang s'écoule en nappe des incisions faites aux poumons, qui, mis à dégorger dans de l'eau pendant quelques heures, colorent fortement le liquide en perdant de leur coloration propre. — On observe aussi quelquefois que l'engouement n'a lieu que dans quelques points disséminés au milieu du poumon, et là s'observe alors une exhalation sanguinolente assez abondante pour constituer une véritable apoplexie pulmonaire.

Hépatisation rouge. Dans l'hépatisation rouge ou sanguinolente, les poumons présentent une teinte plus ou moins violacée ; ils sont, pris en masse, plus consistants ; leur tissu se laisse dé-

chirer plus facilement, et soit qu'on coupe ces organes ou qu'on les déchire, il en suinte un sang épais et très abondant, noirâtre, *écumeux*, si déjà la respiration a eu lieu. Ce sang s'écoule en nappe, si on comprime le tissu du poumon. Quand on veut insuffler cet organe, l'air n'y pénètre qu'avec beaucoup de difficulté. Dans les cas où la respiration s'est effectuée pendant un certain temps, et que l'hépatisation existe, les poumons vont au fond de l'eau, et on ne leur rend qu'avec peine leur légèreté spécifique par la compression de leur tissu.

L'état que je viens de décrire est le premier degré de l'hépatisation rouge. M. Denis le qualifie avec raison de *splénisation*. Il est souvent la suite d'un accouchement laborieux dans lequel l'enfant a souffert; c'est un état de congestion et d'engorgement sanguin du tissu pulmonaire. Il peut donc précéder la naissance, comme aussi la suivre. L'hépatisation complète survient, au contraire, plus fréquemment après la naissance; elle est le fait d'une phlegmasie à une période plus avancée; le tissu pulmonaire est compacte, dur au toucher. Si on coupe en plusieurs morceaux un poumon ainsi affecté, la section est nette, elle fait entendre sous le scalpel un bruit analogue à celui d'une pomme crue que l'on incise, il ne suinte presque rien de la surface de ces incisions; seulement, en raclant avec le scalpel, on en exprime une médiocre quantité d'une sérosité sanguinolente plus trouble et plus épaisse que dans le cas précédent, et dans laquelle on commence à distinguer les éléments d'une matière puriforme. La surface des incisions est grenue. Il semble que le tissu des poumons ne soit plus qu'une combinaison de sang et d'albumine coagulé dans les mailles celluleuses qui le composent; aussi a-t-il une consistance charnue. Le poumon est remarquable par sa pesanteur; il tombe avec vitesse au fond de l'eau, qu'il ne colore pas aussi fortement que le poumon engoué, quand on laisse celui-ci séjourner pendant quelque temps dans ce liquide; son tissu est fort analogue à celui du foie, et l'altération est quelquefois portée assez loin pour qu'on puisse à peine distinguer les rameaux bronchiques et artériels.

Quant à l'hépatisation grise, elle est trop reconnaissable et

trop bien connue des médecins pour que j'aie besoin d'en tracer les caractères. Je ne reviendrai pas non plus sur l'endurcissement lardaciforme des poumons ; j'en ai parlé dans les paragraphes précédents. Les tubercules suppurés ou non suppurés sont souvent disséminés dans la totalité des poumons. Le plus souvent on les rencontre à la base de ces organes, ce qui les distingue des tubercules des phthisiques. D'ailleurs ce n'est pas la même apparence. Chez les enfants, les tubercules sont presque toujours isolés, volumineux, eu égard surtout à la masse des poumons à cet âge. Ils sont arrondis, à surface lisse, remplis de pus ou d'une matière pultacée homogène, ou enfin d'une substance blanche, épaisse et plus consistante.

L'hépatisation rouge ou grise envahit fréquemment la totalité du poumon qui en est le siége ; elle fait perdre au tissu pulmonaire les caractères de structure que j'ai décrits. Mais les tubercules laissent entre eux des portions plus ou moins étendues de parenchyme sain et où cette organisation est bien dessinée.

Changement d'aspect opéré par la putréfaction.

Le premier phénomène que developpe la putréfaction dans les poumons est l'état emphysémateux ; il se montre d'abord entre les lobules pulmonaires et se dessine par des vésicules ou bulles de forme diverse, en général ovoïde ou allongée, qui suivent le trajet du tissu cellulaire interlobulaire, et qui sont très manifestes à la surface des poumons. Ces bulles à parois très minces, très transparentes, varient en grosseur depuis une tête d'épingle jusqu'à une forte lentille ; on peut les ouvrir, les crever et les déplacer par la pression. Elles font un contraste frappant avec le tissu pulmonaire, charnu et rouge-brun des poumons qui n'ont pas respiré. Alors on n'entend pas encore de crépitation lorsqu'on coupe les poumons ; il semble que l'emphysème n'existe qu'à la surface.

Dans un degré plus avancé, tout le tissu cellulaire interlobulaire est pénétré par de l'air ; mais on aperçoit encore très distinctement les lobules charnus entourés partout de bulles gazeuses. Les poumons ont perdu leur consistance ; ils sont

mollasses, élastiques; ils ont pris du volume, et quand on les fend dans une grande étendue, ils s'affaissent assez rapidement et reprennent, par une pression modérée, à peu près le volume qu'ils avaient auparavant.

Dans un degré beaucoup plus avancé, des bulles gazeuzes se sont formées dans le parenchyme pulmonaire, et il n'est plus possible de rien apercevoir de la texture des poumons; l'emphysème est porté à un tel point, qu'il semble que toute organisation est détruite. On ne saurait alors pratiquer la docimasie hydrostatique. La substance de ces organes se déchire, se réduit presque en bouillie ou est facilement ramenée par la pression à un tissu cellulaire mollasse. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater des cas de ce genre dans des expertises judiciaires.

L'emphysème putride se développe plus fréquemment et plus facilement dans les poumons qui ont été pénétrés par de l'air. Il s'y présente avec le même aspect, mais il est moins facilement appréciable, parce que les vésicules pulmonaires étant déjà pénétrées d'air, on ne saurait trouver un contraste aussi frappant que dans le cas où l'état charnu qui précède l'établissement de la respiration existe encore.

Changement d'aspect opéré par la macération dans l'alcool.

Il arrive très fréquemment qu'on est chargé par la justice de l'examen de fœtus ou d'enfants nés à terme ou près du terme, qui ont été mis en macération dans de l'alcool, et que des circonstances diverses font ensuite déposer sur la voie publique. On sait que l'alcool a la propriété de diminuer singulièrement le volume du corps et de donner plus de densité aux tissus. Ce qu'il produit à l'extérieur, il l'opère à l'intérieur; mais en même temps il décolore les organes, en sorte que les poumons, le cœur et le foie prennent une teinte jaune-clair uniforme. Les poumons se réduisent au quart environ de leur volume. Ils deviennent très denses; il semble qu'ils soient réduits à leur tissu cellulaire. Il est impossible d'y apercevoir le moindre indice de leur organisation primitive.

Changement d'aspect opéré par la macération dans une dissolution de sublimé corrosif.

Nous avons eu l'occasion d'examiner judiciairement trois enfants qui avaient été placés dans ces conditions, ce dont nous nous sommes assuré par des expériences chimiques. Le volume du corps avait diminué, mais celui des organes intérieurs avait subi un retrait moins considérable. Les poumons étaient rouges violacés, denses, charnus, consistants, sans apparences de leur organisation normale, leur tissu formant un tout homogène à peu près analogue à celui des poumons macérés dans l'alcool.

Poids absolu des poumons.

Rapport du poids des poumons à celui du corps; méthode de Ploucquet. — Déjà nous avons fait voir que l'introduction de l'air dans les poumons n'augmentait pas leur poids absolu. Il en est de ces organes comme d'une vessie que l'on pèse vide ou pleine d'air; le poids en est le même, ce qui provient de ce que le tissu pulmonaire, comme le tissu des parois de la vessie, est mou, susceptible d'obéir à la pression extérieure de l'atmosphère, et de permettre qu'il y ait équilibre entre l'air contenu dans les cellules et l'air extérieur. « Il est assez remarquable, dit M. Orfila (ouvrage cité), que les poumons d'un fœtus mort-né pèsent constamment davantage avant d'avoir été insufflés qu'après. » C'est une expérience que je n'ai pas faite, et je ne puis expliquer ce résultat qu'en admettant que pendant sa durée on aura laissé perdre une partie du sang que ces organes peuvent renfermer; car il me semble qu'il est *physiquement* impossible que l'introduction de l'air produise un pareil phénomène.

Ce résultat se concevrait dans le cas où l'insufflation aurait été pratiquée avec force, de manière à distendre les cellules outre mesure et à exercer une pression sur les vaisseaux qui renferment du sang; ce liquide refluerait dans les principaux troncs vasculaires et s'échapperait au-dehors, de manière à diminuer d'autant le poids absolu des poumons. Rien n'est plus variable que le poids des poumons, non seulement eu égard à l'âge de l'enfant, mais encore dans le même âge; il est environ

de une once à une once et demie chez l'enfant à terme qui n'a pas respiré, et de deux onces à deux onces et demie ou même quelquefois trois onces chez l'enfant à terme qui a complétement respiré. Toujours est-il que par le fait de la respiration il arrive aux poumons une plus grande quantité de sang et que leur poids absolu s'en trouve accru.

Ploucquet (*Commentar. med. in processus criminal.*) reconnut sur un enfant du sexe masculin, mort en naissant, et sans avoir respiré, que le poids total du corps, y compris les poumons, était de 53040 grains; celui des poumons, de 792 grains; le poids total du corps était donc à celui des poumons presque comme 67 est à 1.

Un autre enfant à terme, qui n'avait pas non plus respiré, donna le rapport de 70 à 1. Un troisième, qui, quoique non encore parfaitement à terme, avait cependant respiré, offrit le rapport de 70 à 2. Cet habile médecin conclut de ces faits que l'afflux sanguin, inhérent à la respiration, double le poids des poumons, et que le poids de ceux de ces organes qui n'ont point respiré est au poids total du corps comme 1 est à 70; qu'il est comme 2 est à 70, ou comme 1 est à 35 pour les poumons chez lesquels la respiration a eu lieu.

Mahon, *Médec. lég.*, II, 452; Fodéré, *Méd. lég.*, IV, 461; Marc, *Manuel d'autop. cadav.*, 111 et 151, ont attaché une grande importance à cette méthode, et Fodéré voulait même que l'autorité vînt à la sanctionner et à en prescrire l'usage. Il est, dit cet auteur, trois circonstances où ce procédé si simple peut conduire à de grands éclaircissements. La première est celle où il s'agirait d'une insufflation artificielle, qui, à la vérité, peut augmenter le volume, mais jamais la pesanteur des poumons; la seconde est celle où l'on établirait la légèreté de poumons putréfiés; et ici il fait remarquer que de tous les organes, les poumons sont les derniers à entrer en putréfaction; la troisième est celle où des poumons malades se précipiteraient au fond de l'eau quoiqu'ils eussent respiré. Norreen, Haller, Dehaën, Stoll, Wrisberg, citent des exemples de ce genre; mais les poumons ayant admis le sang de la respiration, ils devront toujours avoir une pesanteur spécifique plus grande.

Nous ferons voir plus loin que ces raisonnements ne sont pas tous fondés.

Suivant Hartmann (*De la docimasie pulmonaire*, *addit. au Manuel d'autop. cadav. de Rose*, par M. Marc, p. 149), le rapport moyen entre la pesanteur totale du corps d'un enfant qui a respiré, et celle de ses poumons, est comme 48,971 est à 1 ; et d'un enfant qui n'a pas respiré, comme 59,389 à 1.

Des différences aussi tranchées ont dû appeler l'attention des médecins sur ce point de fait. Chaussier à Paris, et Schmidt à Vienne, ont entrepris un grand nombre de recherches. Le premier a fait dresser un tableau de quatre cents expériences faites à la Maternité, tableau qu'il a inséré dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris par Lecieux (*Considérations médico-légales sur l'infanticide*); le second a recueilli cent une observations dont M. Marc a extrait un tableau qu'il a consigné dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, article DOCIMASIE, en le mettant en regard des expériences faites par Chaussier. Ces deux tableaux sont reproduits dans l'ouvrage de M. Orfila.

Pour que les données de Ploucquet fussent concluantes, il fallait que le rapport entre le poids des poumons et le poids du corps fût toujours à peu près constant ; or, si l'on s'en rapporte aux chiffres de ces divers tableaux, on observe les variations les plus grandes, et l'on remarque même que le rapport de 1 à 70, qui est celui des enfants qui n'ont pas respiré, peut se rencontrer chez un enfant qui a respiré, comme celui de 1 à 35 chez un enfant qui n'a pas respiré. Que si, comme l'a fait M. Marc, on prend un certain nombre d'enfants qui ont vécu et d'enfants qui n'ont pas vécu ; si on additionne tous les rapports particuliers qu'ils fournissent, et que l'on divise la somme totale par le nombre des sujets pris pour exemple, on arrive à un chiffre moyen qui dans les expériences de Chaussier et Schmidt diffère peu ; il est de 39 à 42 pour les enfants qui ont respiré, et de 49 à 52 pour ceux qui n'ont pas respiré ; ou, en en d'autres termes, on observe que, chez les enfants qui ont vécu, le poids des poumons est un trente-neuvième ou un quarante-deuxième de celui du corps, tandis que chez les enfants

qui ont vécu, il n'est que de un quarante-neuvième ou de un cinquante-deuxième.

En examinant avec soin les tableaux de Chaussier, qui comprennent quatre cents exemples, ils m'ont paru susceptibles de quelques observations qui en modifient les termes moyens. 1° Ils offrent, sous le rapport des calculs, des irrégularités assez nombreuses; je ne les ai pas refaits tous, mais j'en ai corrigé plusieurs dont il était facile de reconnaître par comparaison l'inexactitude. 2° Ces tableaux comprennent des rapports établis entre des fœtus et entre des enfants de divers âges, depuis six mois de vie intra-utérine jusqu'à deux ans de vie extra-utérine, ce qui ne me paraît pas rationnel. 4° Chez un grand nombre de sujets, les poumons étaient putréfiés en totalité ou en partie; or, un des principaux résultats de la putréfaction, c'est la sortie du sang et des autres fluides de leurs vaisseaux par le fait du développement de gaz putrides. Sans affirmer que ce résultat soit constant, il doit s'observer fréquemment, et par conséquent un poumon putréfié doit être plus léger qu'un poumon sain. 4° Chez beaucoup de sujets les poumons étaient malades; ainsi ils immergeaient dans l'eau, quoiqu'ils appartinssent à des enfants de dix, quinze ou vingt jours de vie. 5° Plusieurs enfin provenaient de fœtus monstrueux ou affectés de maladies qui retardent le développement des organes tout en augmentant le poids total du corps.

J'ai pensé que, pour obtenir des données plus exactes, il fallait d'abord éliminer tous les sujets qui, par une cause quelconque, s'éloignaient de l'état normal; ensuite grouper et comparer entre eux les sujets du même âge ; et, comme l'on cherche si les rapports que l'on obtiendra pourront servir à démontrer que la respiration a été effectuée ou non, qu'il fallait prendre l'enfant dans les conditions où il se trouve le plus communément. Ainsi, 1° c'est le plus souvent au terme ou au voisinage du terme de neuf mois que l'infanticide est constaté; 2° après quatre jours de vie extra-utérine, l'examen des poumons n'a presque plus de valeur, ou au moins ne devient que complémentaire de l'examen des autres organes de l'économie, attendu que l'on trouve dans l'état du cordon ombilical des ar-

ENFANTS					
A SIX MOIS,		A SEPT MOIS,		A HUIT MOIS,	
Ayant respiré.	N'ayant pas respiré.	Ayant respiré.	N'ayant pas respiré.	Ayant respiré.	N'ayant pas respiré.
1 sur 18	1 sur 19	1 sur 28	1 sur 26	1 sur 20	1 sur 30
33	28	29	28	25	35
34	36	34	29	25	42
36	37	36	38	26	43
41	43	37	39	33	45
42	48	39	41	35	56
44	52	40	41	35	59
44	58	40	43	37	64
65		53	48	38	74
		59	50	50	81
			58	51	98
			60	55	131
				56	
RAPPORTS MOYENS.					
$\frac{1}{39}$	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{39}$	$\frac{1}{41}$	$\frac{1}{37}$	$\frac{1}{63}$

ENFANTS						
A NEUF MOIS,					De 10 à 20 jours.	De 20 à 30 jours.
AYANT VÉCU				N'ayant pas vécu.		
Depuis quelques min. jusqu'à 24 h.	Deux jours.	Trois jours.	Quatre jours.			
1 sur 30	1 sur 31	1 sur 23	1 sur 20	1 sur 24	1 sur 19	1 sur 19
31	44	26	28	27	20	21
. q. m. 33	46	29	30	41	22	22
35	48	29	31	41	22	22
34	54	34	31	42	22	25
43	51	34	32	43	23	25
44	85	36	32	44	23	30
44	—33	36	33	44	23	30
46	62	40	35	46	24	33
46		41	35	48	24	35
. q. m. 52		41	35	50	24	37
. q. m. 58		44	36	50	24	44
62		51	37	53	24	85
. q. m. 63		60	38	54	24	
71			39	55	25	
heure 78			39	56	26	
80			40	58	27	
—			43	61	29	
q. m. 119			43	62	30	
132			43	64	32	
			47	68	34	
			48	69	34	
			48	70	36	
			48	70	36	
			60	71	41	
				75	42	
				77	43	
				80	50	
				81	52	
				81		
				86		
				90		
				94		

RAPPORTS MOYENS.

$\frac{1}{45}$	$\frac{1}{51}$	$\frac{1}{37}$	$\frac{1}{38}$	$\frac{1}{60}$	$\frac{1}{30}$	$\frac{1}{28}$

tères et de la veine ombilicale, des caractères qui démontrent jusqu'à l'évidence la vie du fœtus. C'était donc principalement chez l'enfant à terme, et dans cette période des quatre premiers jours de la vie qu'il fallait comparer le poids des poumons à celui du corps, et c'était surtout dans les premières vingt-quatre heures de la vie, que l'on pouvait apprécier les changements survenus dans l'accroissement du poids des poumons par le fait de la respiration. Je crois avoir rempli ces conditions en dressant le tableau ci-après. Il ne comporte que les chiffres qui expriment les rapports entre le poids des poumons et celui du corps. Ils sont tous extraits des tables de Chaussier, et classés par accroissement de nombre, afin qu'au premier coup d'œil on puisse juger des différences qu'ils présentent.

Chaussier avait, au contraire, classé ses exemples en suivant une marche progressive dans le poids des fœtus ; il en résultait que le rapport que l'on cherchait ne devenait que secondaire. Je crois, du reste, avoir reproduit les chiffres avec exactitude, et si, au lieu de quatre cents exemples, je n'en ai rapporté que deux cent trois, c'est que j'ai éliminé tous les sujets dont la durée de la vie s'est étendue au-delà d'un mois, ainsi que tous ceux qui se trouvaient compris dans les cinq circonstances exposées dans le paragraphe précédent.

Chaque colonne de l'époque de neuf mois me paraît suffisamment nombreuse pour exprimer un rapport moyen assez exact. J'en excepterai pourtant celle qui est relative aux enfants de deux jours de vie, et il est fort remarquable que sur quatre cents individus, je n'aie pu en trouver que sept qui aient succombé à cette époque. Est-ce le fait du hasard? ou bien la mortalité serait-elle moins fréquente à cet âge de la vie, parce que les maladies dont elle est la suite n'auraient pas eu le temps de parcourir leurs périodes? C'est ce que je ne préciserai pas ; mais toujours est-il que sur près de quarante sujets que j'ai ouverts à la Maternité, dans le but de déterminer le poids des poumons et celui du corps, je n'ai eu à ma disposition que deux enfants de deux jours, dont j'ai joint les chiffres à ceux extraits des tables de Chaussier.

Examinons actuellement ce tableau sous le rapport des conséquences que l'on en peut tirer. Si, à l'instar de MM. Marc et Orfila, on réunit tous les rapports sans distinction d'âge, on arrive à ce résultat que le poids des poumons est un trente-huitième du poids du corps chez l'enfant qui a respiré, et un cinquante-unième chez celui qui n'a pas respiré ; tandis que dans les tableaux de Chaussier et de Schmidt, dont je viens de parler, les chiffres 39 et 42 expriment le rapport entre le poids des poumons et le poids du corps chez l'enfant qui a respiré, et les chiffres 49 et 52 chez l'enfant qui n'a pas respiré.

Mais si on procède par âge, on remarque, pour l'époque de neuf mois et pour l'enfant qui n'a pas respiré, que le poids des poumons est un soixantième de celui du corps ; pour l'enfant qui a respiré et pour la période de quelques minutes à vingt-quatre heures de respiration, que le rapport moyen est un quarante-cinquième du poids du corps, et par conséquent bien inférieur à celui indiqué par Ploucquet, qui le portait à un trente-cinquième. Que si nous ajoutons aux dix-sept chiffres qui constituent ce rapport moyen, *les deux chiffres exceptionnels* placés au bas de la colonne, le rapport sera alors d'un cinquante-huitième ; qu'il est d'un cinquante et unième pour la période de deux jours ; un trente-septième et un trente-huitième pour la période de trois et de quatre jours. En général, nous observons que la différence est d'autant moins grande que la respiration a eu moins de durée ; que les variations de rapport sont telles, qu'elles peuvent parcourir une échelle très étendue, puisque cette échelle part de un trentième et s'arrête seulement à un cent trente-deuxième du poids du corps ; et, enfin, que, pour la période de vingt-quatre heures de respiration, le moyen de Ploucquet, pris isolément, peut dans beaucoup de cas ne pas conduire à des résultats probants ; que néanmoins, dans la moitié des cas, il peut fournir une donnée utile. — Ces conclusions sont naturellement déduites des chiffres énoncés dans mon tableau ; mais elles me semblent susceptibles de recevoir des modifications, en raisonnant de la manière suivante : l'enfant qui, livré aux soins de sa mère, meurt dans l'espace de vingt-quatre heures, était-il dans toutes les conditions favora-

bles à la viabilité des enfants bien constitués? La réponse est évidemment négative; par conséquent les recherches faites sur des enfants où le crime d'infanticide a été commis, c'est-à-dire sur des enfants en général mieux constitués, conduiraient peut-être à d'autres résultats. Je dis mieux constitués, parce que la femme qui se décide à commettre le crime d'infanticide a déjà employé tous les moyens qu'elle a eus à sa disposition pour se procurer l'avortement, et que l'enfant a résisté à toutes ses causes de destruction. Il serait donc à désirer que chaque médecin appelé à constater des corps de délit d'infanticide fît l'expérience de Ploucquet, et insérât pour chaque fait, dans un journal quelconque, et le poids des poumons et celui du corps, de manière qu'au bout d'un certain temps on pût dresser un tableau sur des bases plus solides. Ensuite il n'a été tenu aucun compte des cas où la respiration a été incomplète, et certainement Chaussier a dû en comprendre un grand nombre dans ses tableaux, et surtout pendant les premières quarante-huit heures de la vie. — *Période de deux jours de vie.* Les faits sont ici trop peu nombreux pour pouvoir en tirer une conclusion quelconque. — *Période de trois et de quatre jours.* L'augmentation de poids par le fait de la respiration est remarquable; elle est de près de moitié dans la grande majorité des cas. Cette donnée acquiert donc de la valeur quand il s'agit d'un enfant qui a vécu trois ou quatre jours; mais malheureusement le crime d'infanticide est alors beaucoup moins fréquent que dans les époques précédentes.

Si des enfants de neuf mois qui ont vécu, nous nous reportons aux enfants du même âge qui n'ont pas respiré, nous ne voyons que deux cas sur trente-trois où le rapport du poids des poumons au poids du corps est supérieur au chiffre moyen fourni par les enfants qui ont vécu. Circonstance remarquable et qui prouve en faveur de la méthode de Ploucquet. Il est bon d'observer encore que les poumons de près du tiers des enfants placés dans cette catégorie pèsent moins que la soixante-dixième partie du poids du corps.

Epoque de huit mois. — Ici, la différence en poids est plus tranchée, puisque, chez les enfants qui ont respiré, le poids

des poumons est un trente-septième, tandis qu'il ne forme que la soixante-troisième partie du poids du corps chez ceux qui n'ont pas respiré.

Époque de sept et de six mois. — Il existe si peu de différence entre les enfants qui ont vécu et ceux qui n'ont pas vécu, que la méthode de Ploucquet ne paraît pas devoir être employée à cette époque de la vie.

Les deux dernières colonnes du tableau servent à prouver quel accroissement prennent les organes de la respiration pendant le premier mois de la vie. Ces organes reçoivent évidemment une quantité de sang beaucoup plus considérable, puisque le rapport entre le poids des poumons et le poids du corps augmente considérablement, et que le chiffre moyen est un vingt-huitième du poids du corps. Il est probable que cet accroissement en poids s'arrête à une époque voisine de ce terme, car, en rassemblant les données fournies par Chaussier, pour une époque plus reculée, on observe toujours à peu près le même rapport.

Mahon (*Méd. lég.* II, p. 455) s'exprime ainsi à l'égard de la méthode de Ploucquet : « On a dit que dans certains cas la congestion pulmonaire qui pourrait s'effectuer, serait capable de doubler le poids des poumons comme si la respiration avait eu lieu. Ploucquet soutient qu'une pareille congestion est impossible ; à l'appui de sa manière de voir, il cite deux observations de Rœderer. La première est celle d'un fœtus qui resta pendant huit heures dans le vagin, pressé violemment par l'orifice de la matrice, et qui, après l'accouchement terminé, ayant encore fait quelques mouvements, ne tarda pas à périr. Tout le sang s'était porté vers la poitrine ; les vaisseaux du cœur étaient horriblement distendus, et lorsqu'on ouvrit les cavités de cet organe, le fluide inonda la cavité du thorax ; les membranes qui tapissent cette cavité étaient enflammées et si rouges, qu'on avait été tenté de les croire injectées. Dans ces deux observations, Rœderer ne dit rien des poumons, preuve (négative) que ce grand homme, si versé dans les matières de la médecine légale, si soigneux de recueillir toutes les lumières qui peuvent guider dans l'étude et dans la pratique de cet art,

n'a pas vu cet organe gorgé de sang comme l'étaient les autres organes contenus dans la cavité du thorax. »

On peut voir, par les chiffres que j'ai rapportés dans les tableaux relatifs à la méthode de Ploucquet, combien Mahon se faisait illusion à cet égard.

M. Orfila (*Méd. lég.*, II, p. 164 et suivantes, 3e édition) dit, en parlant du tableau que nous avons dressé des expériences de Chaussier, que ce travail n'a fourni aucun des résultats utiles que nous nous en étions promis. D'abord nous ne nous étions promis d'autre résultat que celui de pouvoir tirer une conséquence exacte des faits, ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'à présent, puisqu'on avait aggloméré des sujets tout-à-fait dissemblables; ensuite la manière dont nous avons disposé les faits recueillis par Chaussier nous semble plus claire, plus logique qu'il ne l'avait fait lui-même. Nous sommes ensuite arrivé à cette conséquence, qu'en effet, dans un temps donné, le poids des poumons est doublé par le fait de la respiration, et nous avons prouvé que toutes les observations de Chaussier ayant été recueillies sur des enfants morts spontanément, et le plus souvent par suite de maladies qui avaient exercé une influence directe sur la respiration, ce savant médecin n'avait pu être conduit aux résultats que donnerait la majeure partie des cas d'infanticide, et nous pensons encore aujourd'hui, contrairement à l'opinion de M. Orfila, que l'observation de Ploucquet est fondée, et qu'elle peut venir à l'appui des faits qui démontrent que la respiration a, ou n'a pas eu lieu.

Nous ne saurions admettre cette proposition qui nous paraît tout-à-fait insignifiante, et qui est insérée à la page 160 (*loc. cit.*), *qu'en général le cadavre entier d'un fœtus qui a respiré ne pèse pas soixante-dix fois autant que ses poumons, et que celui d'un fœtus qui a respiré pèse plus de trente cinq fois autant que ces organes*. Quelle induction un expert pourrait-il tirer d'une pareille assertion? évidemment c'est réduire à la nullité la plus complète un fait d'observation qui peut être utile. Mais nous dirons : lorsque le poids des poumons d'un enfant est un trente-cinquième ou approchant de celui du corps, et que ces organes sont sains, c'est un indice de l'existence de la respiration;

lorsque ce poids n'est qu'un soixante-dixième ou approchant de celui du corps, c'est un indice de l'absence de la respiration.

Les expériences sur la méthode proposée par Ploucquet ayant offert de grandes variations dans leurs résultats, M. Orfila a comparé le poids des poumons *à celui du cœur*, espérant qu'il y aurait beaucoup moins de variation dans le poids de ce dernier organe que dans celui du corps entier, et que par là les rapports que l'on établirait seraient plus constants et par conséquent plus propres à faire connaître si la respiration avait eu lieu. Voici le sommaire du travail qui a été entrepris à cet égard.

On a pris exactement le poids de plusieurs fœtus mort-nés, et d'autres qui avaient vécu plusieurs heures ou plusieurs jours; ces fœtus étaient à terme, à sept ou huit mois. Le thorax ayant été ouvert, on a pesé séparément le cœur et les poumons après les avoir bien essuyés. Le premier de ces organes avait été préalablement incisé pour en retirer le sang qu'il pouvait contenir; les veines caves et pulmonaires, ainsi que les artères pulmonaire et aorte, ont été coupées aussi près que possible de ces viscères, afin que le poids de ceux-ci ne se trouvât pas plus grand qu'il n'est réellement, et on a dressé de ces expériences le tableau suivant :

AGE.	DURÉE DE LA RESPIRATION.	POIDS DU CORPS.	POIDS DU COEUR.	POIDS DES POUMONS.	RAPPORT entre le poids du cœur et celui des poumons.
		gramm.	gramm.	gramm.	
6 mois $\frac{1}{2}$.	2 heures.	800	5	24,2	5 environ.
à terme.	8 *id.*	2650	19	50	2 $\frac{1}{2}$.
à terme.	36 *id.*	2280	13,5	40,5	3
à terme.	2 jours.	2800	16,5	87	5 $\frac{1}{4}$ environ.
7 mois.	4 *id.*	1450	9,5	54,5	5 $\frac{7}{9}$.
à terme.	4 jours 2 5.	2000	10,5	50	4 $\frac{4}{5}$.
8 mois.	9 *id.*	1700	9,5	66	7 environ.
à terme.	13 *id.*	2700	15	59	3 $\frac{14}{15}$.
7 mois.	Mort-né.	1270	5	25,3	5 environ.
7 mois $\frac{1}{2}$.	*Id.*	1650	8	26	3 $\frac{1}{4}$.
8 *id.*	*Id.*	1840	21,5	61	3 environ.
à terme.	Mort pendant le travail.	1750	17	35	2 $\frac{1}{17}$.
à terme.	*Id.*	2900	15,5	29	1 $\frac{13}{25}$.
à terme.	*Id.*	2305	14	33	2 $\frac{1}{5}$.
à terme.	Mort-né.	3100	17,5	38	2 $\frac{1}{5}$.
à terme.	*Id.*	2200	9	36	4

M. Orfila a tiré de ce tableau la conséquence suivante : que le rapport entre le poids des poumons et celui du cœur étant souvent le même chez les enfants qui n'ont pas respiré, que chez ceux qui ont respiré, ces expériences ne peuvent être d'aucune utilité pour éclairer l'expert sur l'existence ou l'absence de la respiration. En méditant sur les chiffres de ces expériences plus que nous ne l'avions fait lors de notre première édition, nous sommes arrivé à une induction tout-à-fait opposée à celle de M. Orfila. Sur les huit enfants qui ont vécu, le rapport entre le poids des poumons et celui du cœur est comme 4,4 est à 1. Il est comme 2,6 est à 1 chez les enfants mort-nés. Cette différence établit donc quelques probabilités de succès en faveur de ces recherches, en même temps qu'elle vient à l'appui de la méthode proposée par Ploucquet.

Expériences hydrostatiques. Docimasie pulmonaire.

Méthode de Galien. — C'est le plus ancien de tous les procédés. On trouve dans les écrits de l'illustre médecin de Pergame (*Galen. opera omn. de usu partium*, lib. 15) les premières notions sur l'art de connaître si un enfant a respiré, en se servant de l'immersion des poumons dans l'eau. Shreger est le premier qui ait employé la docimasie hydrostatique dans les recherches médico-légales en 1682. Cette opération avait déjà été décrite en 1664, par Thomas Bartholin et par Jean Swammerdam. Elle consiste dans l'immersion pure et simple des poumons dans l'eau.

Mode opératoire. — On se procure un vase de verre d'un pied de hauteur sur cinq à six pouces de largeur. A défaut de vase à parois transparentes, on peut prendre un seau, un baquet, etc. ; mais il est important que le vase *soit profond.* On le remplit d'eau en presque totalité, et l'on choisit de préférence de l'eau de rivière, les eaux de puits et de sources étant en général chargées d'une trop grande quantité de sels. Toute eau potable, à défaut d'eau de rivière, peut être employée avec presque autant d'avantage. Il n'est pas indifférent que l'eau soit à telle ou telle température. Trop chaude, elle favoriserait l'immersion des poumons ; non pas tant, comme quelques au-

teurs l'ont dit, qu'elle augmenterait la dilatation de ces organes, mais parce qu'elle est spécifiquement plus légère, et par conséquent moins dense; trop froide, elle faciliterait leur surnatation, sans admettre avec Brinkmann qu'en contractant les poumons elle pourrait expulser une portion de l'air qu'ils contiendraient. Sa température doit donc être en général de seize à vingt-deux degrés Réaumur. Dans certains cas, l'emploi de l'eau chaude et celui de l'eau froide peuvent offrir des résultats avantageux. Si, par exemple, des poumons se précipitent au fond d'une eau très froide, c'est une circonstance plus probante de toute absence de respiration; si des poumons surnagent de l'eau très chaude, on acquiert plus de certitude de l'introduction de l'air dans leur intérieur; mais l'expérience doit toujours être commencée avec de l'eau à une température moyenne. —L'opération est simple: le vase et l'eau préparés, on détache la trachée-artère, après l'avoir séparée du larynx; on pratique la ligature des gros vaisseaux qui se rendent au cœur et de ceux qui en partent; on les coupe, et l'on retire de la cavité de la poitrine les poumons, le cœur et le thymus réunis; on les place tous ensemble dans l'eau, et l'on observe ce qui se passe.

Deux phénomènes peuvent alors avoir lieu: ou la masse surnage, ou elle va au fond de l'eau. Dans le premier cas la surnatation peut varier en ce sens, qu'une portion des poumons dépasse la surface de l'eau, ou qu'ils nagent, ainsi qu'on le dit, entre deux eaux, ou qu'ils immergent; dans le dernier cas, la masse peut aller lentement ou très vite au fond de l'eau. Il faut observer et tenir compte de ces diverses circonstances. — On détache alors les poumons du cœur, et on les place isolément dans l'eau; on remarque comment ils s'y comportent. On coupe chacun des poumons en fragments du volume d'une petite noisette, et on les met encore dans le liquide; si des fragments surnagent, on les comprime *graduellement* entre les doigts et *sous l'eau*, de manière à en chasser l'air ou les gaz qu'ils peuvent contenir. On les abandonne ensuite à eux-mêmes, afin de savoir si, malgré la pression à laquelle on les a soumis, ils surnagent encore. Lorsqu'on comprime le parenchyme des pou-

mons, il faut observer si l'air qui s'en échappe sort sous la forme d'une *mousse* à bulles très divisées, ce qui est un indice de l'introduction de l'air dans le parenchyme pulmonaire; ou sous celles de bulles d'air très larges, ce qui dénote un état emphysémateux des poumons. Les mêmes pressions doivent être exercées sur les fragments qui ne surnagent pas, lorsqu'ils vont tous au fond de l'eau, parce que des portions qui auraient été le siége de la respiration pourraient immerger à la faveur d'une altération morbide; la pression les rendrait à leur poids spécifique, en faisant sortir le sang qu'elles contiendraient. (*Voyez*, pour les détails de cette opération, les ouvertures de corps en matière d'infanticide, à la fin de ce chapitre.)

Ainsi donc il y a quatre opérations à faire quand on pratique la docimasie : 1° plonger, réunis, les poumons, le cœur et le thymus; 2° plonger dans l'eau chaque poumon isolé; 3° plonger dans l'eau chaque poumon par morceaux, en les coupant au fur et à mesure, et en notant les parties d'où ils proviennent, afin de pouvoir dire si la respiration a été partielle, et si elle s'est effectuée dans tel ou tel point des poumons; 4° comprimer *sous l'eau* chaque petite portion de poumon, soit qu'elle surnage, soit qu'elle immerge, et noter s'il s'en échappe de l'air à bulles larges ou à bulles divisées, ou du sang dont on mesure la quantité par la coloration de l'eau.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer démontrent évidemment que la docimasie hydrostatique de Galien est basée sur les changements que l'introduction de l'air dans les poumons apporte à leur poids spécifique. Plus dense que l'eau dans l'état normal, et avant la respiration, leur tissu devient plus rare et plus léger par l'entrée de l'air. Si donc un poumon surnage, c'est qu'il est pénétré par de l'air ou des gaz; s'il va au fond de l'eau, c'est qu'il n'en renferme pas. Telles sont au moins les données les plus générales que l'on peut tirer de cette expérience; mais elles ne sont pas rigoureusement exactes. Un poumon peut aller au fond de l'eau et appartenir à un enfant qui a respiré; un poumon peut surnager et être celui d'un enfant qui n'a pas vécu. Il est donc nécessaire, pour bien apprécier toutes les circonstances que peut offrir la docimasie pul-

monaire, de bien étudier les phénomènes de surnatation et d'immersion.

Surnatation. — Lorsque les deux poumons, le cœur et le thymus, réunis et plongés ensemble dans l'eau, surnagent, c'est qu'une grande quantité d'air a pénétré les cellules pulmonaires, ou qu'une grande quantité de gaz s'est développée entre les lobules des poumons par le fait de la putréfaction ou de l'emphysème; car le cœur et le thymus sont deux organes à tissu compacte ; ils tendent par conséquent à entraîner la masse des poumons au fond de l'eau, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes putréfiés, ce dont on s'assure facilement en les plongeant isolément dans ce liquide. La surnatation peut être partielle. La situation des portions surnageantes indique que la respiration a été plus complète dans leur tissu, ou que l'emphysème est plus prononcé dans ce point ; quelquefois même la surnatation provient du cœur et du thymus emphysémateux, qui maintiennent les poumons à la surface de l'eau ; ceux-ci appartenant à un enfant qui n'a pas vécu. Dans ce cas, ce sont les poumons qui plongent dans l'eau, tandis que le cœur et le thymus surnagent.

La surnatation peut donc dépendre de plusieurs causes : 1° du développement de gaz par le fait de la *putréfaction*, ou d'un *emphysème morbide ; 2° de l'introduction de l'air ;* et, dans ce cas, l'air a pu être introduit par l'acte *de la respiration*, ce qui prouve que l'enfant a vécu, ou par une *insufflation* opérée après la mort. Passons en revue chacune de ces sources, et voyons s'il est possible de les reconnaître lors de l'expertise.

Surnatation par état emphysémateux putride. — Plusieurs auteurs de médecine légale ont mis en doute que les poumons d'un fœtus qui n'a pas respiré pussent, sous l'influence de la putréfaction, être le siége d'un développement de gaz assez considérable pour opérer leur surnatation complète. Voici les diverses opinions qui ont été émises à cet égard :

Ludowic et Bohn ont nié la possibilité de ce fait. Haller a vu la surnation s'opérer lentement et graduellement sur les poumons d'un enfant mort-né qu'il avait placés dans l'eau. Fabricius a observé les mêmes phénomènes, et il ajoute que les

poumons se précipitèrent lorsque la décomposition fut extrême. Eschenbach et Torrezius prétendent que lorsqu'on place dans l'eau les poumons d'un enfant ou d'un animal mort-né, ils en gagnent immédiatement le fond ; mais que si l'on continue à les y laisser jusqu'à ce qu'ils se putréfient, ils ne tardent pas à se rendre à la surface du liquide. Jœger et Metzger ont de plus remarqué qu'il suffisait de la plus légère compression pour faire enfoncer des poumons que la putréfaction avait fait surnager.

Teichmeyer ne regarde pas les phénomènes de surnatation comme toujours constants. Lieberkühn, Camper ont observé que les poumons restaient toujours au fond de l'eau. Buttner, sur six essais, a vu deux fois surnager les poumons. Hebenstreit s'est élevé contre l'exactitude de cette observation, parce que, dit-il, on avait eu tort de soumettre les poumons à cette expérience hydrostatique, dans la même eau où ils s'étaient corrompus, prétendant qu'ils n'auraient pas surnagé, si on eût agi sur de l'eau pure, et non pas sur un liquide devenu plus dense par la dissolution des produits de la décomposition putride. Mayer ayant répété les mêmes expériences, observa aussi la surnatation de ces organes ; mais il remarqua qu'ils gagnaient bientôt le fond de l'eau pour ne plus surnager. Pyl assure avoir répété ces essais, et n'avoir jamais réussi à faire surnager des poumons qu'il avait fait putréfier. Morgagni fait observer que les poumons putréfiés surnagent fort rarement. M. Marc ne met pas en doute que la putréfaction ne puisse produire ce phénomène. Buttner parle d'un enfant né le 29 janvier, et dont, au 11 mars, les poumons, très putréfiés, se précipitaient encore. Afin de constater, dit Camper, à quel point la putréfaction peut faire des progrès chez un enfant, sans que ses poumons surnagent, j'ai tenté diverses expériences à Amsterdam, et j'ai reconnu que chez ceux qui étaient morts avant la naissance, la tête pouvait être consommée par la décomposition putride, au point que le moindre contact devenait suffisant pour en détacher les os, ainsi que ceux des bras et des jambes, sans que pour cela les poumons, qui déjà commençaient à se putréfier, surnageassent.

On peut donc encore, dit Mahon, dans sa *Médecine légale*, lors même que le reste du jeune sujet est affecté par la pourriture, faire sur les poumons diverses expériences dont on est en droit de conclure, ou que le fœtus a eu vie, soit pendant, soit après l'accouchement, ou qu'il était mort avant cette époque, à moins que la désorganisation animale ne soit parvenue à son comble, et n'ait déjà frappé les poumons aussi bien que les autres organes. Capuron a tiré de ces expériences les mêmes inductions.

M. Orfila a répété les expériences de Fabricius, Eschenbach et Mayer ; il a obtenu les mêmes résultats que ce dernier. Billard, au contraire, n'a pas remarqué, à l'instar de Pyl, la surnatation des poumons.

M. Orfila a recommencé les expériences de Camper ; sur quatre fœtus exposés à la putréfaction et à l'air libre, un seul poumon a surnagé ; cependant la putréfaction était arrivée au point de ne plus pouvoir atteindre une décomposition plus avancée.

Pendant le mois de mars 1830, j'ai fait deux expériences analogues. J'ai placé dans l'eau les poumons entiers de deux enfants mort-nés. Dans l'une, je n'ai pas obtenu de surnatation après quatorze jours de macération ; et, dans l'autre, dès le troisième jour, l'un des poumons était à la surface du liquide. Il est important de noter que depuis deux jours la température de l'atmosphère s'était élevée. Je suis porté à penser que, si les expérimentateurs ont obtenu des résultats différents, cela tient principalement aux températures différentes pendant lesquelles les expériences ont été faites.

Ainsi donc il est démontré que les poumons isolés du corps de l'enfant et exposés à l'air peuvent devenir emphysémateux par le fait de la putréfaction ; que néanmoins la putréfaction gazeuse des poumons ne s'opère que long-temps après celle des autres organes de l'économie.

Mais il peut se présenter en médecine légale plusieurs circonstances qui influent sur la putréfaction des poumons. On a quelquefois à pratiquer la docimasie chez des enfants qui ont séjourné pendant un certain temps, soit dans l'eau, soit dans le

liquide des fosses d'aisances. Il est donc nécessaire de rechercher si les mêmes phénomènes s'observent dans ces sortes de cas. Camper ayant fait macérer dans l'eau des cadavres d'enfants pendant trois et quatre mois consécutifs, a observé que, même à cette époque, les poumons ne surnageaient pas. M. Orfila a pris trois fœtus *entiers* à terme, morts dans l'utérus, et les a plongés dans l'eau. L'un d'eux en ayant été retiré dix-neuf jours après l'immersion et ouvert *sur-le-champ*, les poumons se précipitaient au fond du liquide. Un second cadavre retiré de l'eau au vingt-quatrième jour, les poumons coupés, même par morceaux, immergeaient complétement. Enfin le dernier sujet, retiré de l'eau au trente-troisième jour, et lorsque la putréfaction était tellement avancée qu'il ne restait plus ni thorax ni abdomen, et que les viscères étaient à nu, a encore offert des poumons qui se sont précipités au fond de l'eau.

Ces diverses expériences devaient donc porter les médecins à penser que, dans les cas où un fœtus est retiré de l'eau et qu'il y a séjourné *même plusieurs mois, les poumons ne sont jamais le siége d'une décomposition putride capable de produire leur état emphysémateux*, état propre à apporter des difficultés dans les expériences hydrostatiques; aussi M. Orfila en a-t-il déduit les propositions suivantes :

« 1° Que les poumons d'un fœtus mort-né à terme, séparés du corps, *peuvent, dans certaines circonstances, quitter le fond de l'eau*, où ils sont restés pendant plusieurs jours, pour venir à la surface et retomber ensuite. » (On voit que la putréfaction développe, dans ce cas, un état emphysémateux qui fait surnager les poumons ; que plus avancée et lorsque le tissu pulmonaire est désorganisé, les gaz accidentellement développés s'en échappent, et les poumons retombent au fond du liquide sous l'influence de leur propre poids.) « 2° Que les poumons d'un fœtus à terme, qui a respiré, mis sur l'eau, ne restent pas long-temps à la surface du liquide, mais qu'ils se précipitent. » (Cette conclusion ne nous paraît pas rigoureuse, car elle est la conséquence d'une autre expérience faite par Billard, dans laquelle *deux* des fragments des poumons, appartenant à des enfants qui avaient vécu seulement pendant quelques heures, ne

sont allés au fond de l'eau qu'au bout de dix jours, tous les autres restant encore à la surface.) « 3° Qu'il peut arriver que, lorsqu'un cadavre *entier* d'un fœtus mort-né se pourrit à l'air, l'ouverture juridique du corps ne soit ordonnée qu'au moment où la putréfaction se sera déjà emparée des poumons ou d'une partie de ces organes, *et les aura rendus* assez légers pour nager sur l'eau. 4° Que si le cadavre du fœtus mort-né s'est pourri dans l'eau, les poumons ne surnagent pas tant que les parois de la poitrine n'ont pas été détruites par la macération. » (Proposition évidemment inexacte quant à son application à l'exploration des corps de délit d'infanticide, ainsi que nous allons le démontrer. Il en est de même de la suivante, qui est pour ainsi dire une conséquenee de la précédente.) « Que lorsque la décomposition a fait assez de progrès pour que la peau du thorax soit réduite en lambeaux, et que les poumons soient en contact immédiat avec l'eau, *ce qui n'arrive qu'au bout d'un temps fort long*, ces organes *peuvent surnager*, puisqu'ils sont alors placés dans les mêmes circonstances que les poumons des fœtus mort-nés, séparés du corps, dont nous avons parlé plus haut. »

Quoique ces expériences ne puissent pas être révoquées en doute, une circonstance accidentelle vient totalement en changer les résultats ; tant il est vrai que les inductions pratiques déduites des expériences sont souvent sujettes à erreur. J'ai publié, dans le numéro d'octobre 1830 des *Annales d'hygiène et de Médecine légale*, deux cas d'expertise d'infanticide qui ont été soumis à mon examen, et dans lesquels la putréfaction des poumons avec développement de gaz était évidente ; il s'agissait d'enfants jetés dans la Seine, restés dans l'eau pendant sept à huit jours, et exposés pendant *vingt-quatre ou trente-six heures à l'air avant d'avoir été ouverts.* Depuis cette époque, j'ai observé ce phénomène dans un très grand nombre de cas d'infanticide, et j'en rapporte des exemples à la fin de ce chapitre.

Il est d'observation que, toutes les fois qu'un noyé est retiré de l'eau après quelques jours d'immersion, et lorsque la température de l'atmosphère varie entre 15 et 25 degrés, il devient

le siége d'un développement considérable de gaz aussitôt qu'il est exposé à l'air. Par le fait de ce développement de gaz, qui n'est pas seulement sous-cutané, mais qui a encore lieu dans les organes les plus profonds, les liquides de l'économie sont portés à l'extérieur du corps, et l'on voit des ampoules se former à la peau, une sanie sanguinolente suinter par tous les pores de cette enveloppe et s'échapper par les ouvertures naturelles. Chez un grand nombre de noyés, le dégagement des gaz putrides est assez considérable pour opérer une nouvelle disposition des membres, et même un changement dans la situation générale du cadavre, sous l'influence de la force élastique des gaz.

Ce qui se passe dans le cadavre d'un individu adulte noyé, s'opère avec la même promptitude chez le fœtus retiré de l'eau, et peut-être plus rapidement encore. Or, il est très rare qu'une ouverture judiciaire de ce genre soit faite avant que le procureur du roi n'en ait été instruit. Il s'écoule donc au moins vingt-quatre heures; temps pendant lequel le corps de l'enfant peut subir les changements dont il vient d'être question, et *les poumons devenir aussi emphysémateux que possible.* Il suffit même pendant l'été d'une, de deux ou trois heures pour amener ce résultat.

État emphysémateux morbide. — Suivant Chaussier, l'enfant recevant quelque pression ou violence du côté du thorax par le fait même de l'accouchement, il en résulte des ecchymoses pulmonaires à la suite desquelles l'emphysème survient presque instantanément, ainsi que cela a lieu pendant la vie, chez l'adulte, dans les contusions sous-cutanées. Il occupe une étendue variable et produit sur le tissu pulmonaire les mêmes effets.

En résumé, l'emphysème pulmonaire peut se développer dans trois circonstances principales : exposition du fœtus à l'air et putréfaction; exposition du fœtus à l'air après son séjour dans le liquide d'une fosse d'aisances ou dans l'eau d'un puits, d'une rivière; ecchymoses des poumons par suite du travail de l'accouchement.

Moyen de reconnaître par la docimasie hydrostatique l'emphysème pulmonaire. — La docimasie hydrostatique fournit un

moyen généralement facile de distinguer l'état emphysémateux d'avec l'introduction de l'air, dans les aréoles des poumons; il consiste à comprimer sous l'eau le tissu pulmonaire coupé par morceaux. Dans le cas d'emphysème, il s'en échappe des bulles larges, et le fragment qui les a fournies, abandonné à lui-même, va immédiatement au fond du liquide si l'enfant n'a pas respiré. La surnatation n'était donc qu'apparente. Les gaz résultant de la putréfaction ou de l'emphysème morbide ne se développent jamais que dans le tissu cellulaire qui unit les lobules des poumons, en sorte que l'on distingue très bien ces lobules, d'un tissu analogue à celui du foie, séparés entre eux par des vésicules gazeuses en général de formes oblongues et assez volumineuses. Ajoutons que le tissu des poumons n'est jamais crépitant dans ces sortes de cas.

En résumé, les gaz dans l'emphysème occupant toujours le tissu cellulaire interlobulaire, dont les cellules communiquent toutes entre elles, il est possible de faire sortir ces gaz par compression, tandis que l'air de la respiration ou de l'insufflation étant situé dans les vésicules pnlmonaires, disposées par groupes et ne communiquant entre elles que par les tuyaux bronchiques, il est impossible de l'en expulser complétement lorsque la respiration a été parfaitement établie dans le tissu.

Surnatation par insufflation et par respiration. — Il n'en est pas de même à l'égard de la surnatation opérée par l'introduction de l'air dans les vésicules pulmonaires. La docimasie hydrostatique, que je viens de décrire, ne peut pas servir à déterminer si cette introduction est le fait de la respiration de l'enfant ou de l'insufflation des poumons après la mort. Dans les deux cas, l'air est renfermé dans une multitude de vacuoles extrêmement fines, dont les communications n'ont probablement lieu que par des ouvertures capillaires. Si l'on comprime sous l'eau les fragments de poumons ainsi pénétrés par de l'air, il s'en échappe des bulles très divisées et très petites; mais les fragments, abandonnés à eux-mêmes, reviennent bientôt à la surface de l'eau, parce qu'on ne peut jamais leur faire perdre par la pression la totalité de l'air qu'ils renferment.

Immersion. — L'immersion des poumons dans l'eau peut dépendre de plusieurs causes différentes : 1° de l'absence de tous gaz dans le parenchyme pulmonaire : elle tend à prouver alors que la respiration n'a pas eu lieu et que l'insufflation n'a pas été pratiquée ; 2° d'une maladie des poumons qui a amené dans ces organes une telle quantité de sang ou d'humeur, que l'immersion a lieu quoique la respiration se soit effectuée, et que des gaz ou de l'air existent dans le tissu des poumons ; mais il suffit le plus souvent d'une compression lente pour chasser le sang et rendre aux poumons leur légèreté spécifique. L'immersion peut être rapide ou lente. — L'immersion rapide des deux poumons seuls est plus concluante que celle des deux poumons avec le cœur et le thymus. L'immersion rapide de *tous les fragments* des poumons *prouve d'une manière certaine* que la respiration n'a pas eu lieu, pourvu que, *comprimés dans l'eau*, ils immergent encore après la compression et que leur tissu soit sain. L'immersion lente d'un poumon dans l'eau doit porter à penser que quelques portions de cet organe contiennent de l'air ou des gaz. En effet, un poumon non putréfié peut aller au fond de l'eau, quoiqu'il soit sain et que l'enfant ait respiré pendant quelques instants. Il suffit que la quantité d'air introduite n'ait pas été assez considérable pour rendre le poumon spécifiquement plus léger que l'eau. Les maladies qui peuvent faire immerger les poumons quoiqu'ils appartiennent à des enfants qui ont respiré, sont d'abord l'engouement pulmonaire et l'hépatisation rouge, ensuite l'hépatisation en gris et les tubercules pulmonaires. Voici des exemples d'hépatisation qui ont amené ce résultat.

Hépatisation des poumons survenue après l'établissement de la respiration. — Maucille, âgé de quatorze jours, d'une forte constitution, vomit depuis deux jours le lait de sa nourrice, et se trouve pris en même temps d'une diarrhée abondante ; le ventre est légèrement tendu ; la percussion rend un son clair dans tous les points de la poitrine ; le stéthoscope indique que l'air pénètre librement dans les deux poumons. Le 1[er] février, les symptômes changent, la diarrhée cesse, les vomissements continuent ; la respiration est courte, le cri étouffé et pénible ; un cercle violacé environne la bouche ; la figure se grippe par moments ; le côté droit de la poitrine rend un son mat à la percussion, et l'on entend à peine à l'aide du stéthoscope l'air pénétrer dans le tissu du poumon droit. L'enfant succombe le 9 février. Parmi les lésions

observées à l'ouverture du cadavre, nous noterons seulement celles qui se rapportent à l'objet dont nous nous occupons. Le poumon gauche est sain et très crépitant; le droit est hépatisé dans toute son étendue, et cependant sans accumulation de sang dans son tissu; il tombe rapidement au fond de l'eau, et ses fragments les plus petits ne flottent pas à la surface du liquide; le trou inter-oriculaire est oblitéré; le cœur est assez plein de sang; le canal artériel est encore ouvert; les artères pulmonaires sont gorgées de sang.

Ce que nous avons vu chez un enfant de quatorze jours, dit Billard, à qui nous avons emprunté ce fait, peut se rencontrer chez un enfant qui meurt quelques heures ou quelques jours après la naissance; le sang prend la place de l'air dans les cellules pulmonaires, et fait perdre à l'organe sa texture cellulaire. Observons toutefois que, *dans la plupart des cas*, les poumons ne sont pas assez complétement hépatisés pour qu'aucune partie de leur tissu ne recèle plus d'air; la mort arrive ordinairement avant que l'air soit totalement expulsé des organes.

(Cette observation pèche par la docimasie hydrostatique qui a été incomplète, puisqu'il n'a pas été exercé de pression sur les poumons coupés en morceaux.)

Pneumonie développée chez l'enfant pendant son séjour dans l'utérus. — Lorcher, garçon, âgé d'un jour, d'une faible constitution, est déposé à la crêche le 27 janvier 1826; il y reste languissant jusqu'à sa mort, qui a lieu le 30 janvier. Pendant ces quatre jours, ses téguments sont pâles, ses traits tirés, ses membres grêles, sa respiration lente et difficile; on entend un cri pénible. — *Ouverture du cadavre.* Le poumon gauche est crépitant et peu gorgé de sang; le droit est hépatisé dans la plus grande partie de son étendue; il existe à la base un point plus gros qu'une forte noix, où le tissu du poumon est réduit en une *bouillie rougeâtre et pultacée.* Aucun des fragments hépatisés ne surnage quand on le met dans l'eau; les bronches qui s'y rendent sont épaisses, rouges, et renferment des mucosités puriformes, très collantes et mêlées de stries de sang. Le cœur est gorgé de sang; le canal artériel est libre; le trou inter-oriculaire commence à s'oblitérer. — Une désorganisation aussi avancée du poumon est évidemment la suite d'une pneumonie déjà développée avant la naissance. L'état de marasme et la faiblesse de l'enfant, la difficulté de la respiration dès les premiers jours de la vie, sont les preuves et les résultats de cette pneumonie congénitale. (*Billard.*)

(Ce sont des expériences hydrostatiques qui ne peuvent pas conduire à des résultats tout-à-fait positifs, mais qui appuient cependant la proposition que nous avons émise.)

M. Orfila conclut de ces observations, « qu'il est possible de rendre à *certains* poumons d'enfants qui ont respiré et qui sont plus lourds que l'eau, la faculté de surnager : il suffit de les exprimer dans ce liquide pour en chasser le sang. » Cette conclusion ne nous paraît pas être la conséquence réelle des observations que nous venons de rapporter, et nous préférons adopter l'opinion de Billard, qui *généralise* le fait au lieu de le restreindre à certains cas, sans nier toutefois qu'il ne puisse y avoir des exceptions.

Il résulte de là que la première chose à faire après l'expérience hydrostatique où il y a eu immersion, c'est d'examiner le tissu des poumons, afin d'observer s'il est sain ou s'il est malade. (*Voyez* les caractères distinctifs de ces divers états, page 592.) Supposons le tissu sain; l'immersion de tous les fragments a-t-elle lieu? l'enfant n'a pas respiré. Un ou deux fragments surnagent-ils? la respiration, ou l'insufflation, ou l'état emphysémateux, sont partiels, et alors tout ce que nous avons dit de la surnatation doit être appliqué au cas dont il s'agit. Ce sont ces sortes de cas qui deviennent l'écueil du médecin. C'est là qu'il doit montrer beaucoup de circonspection dans ses conclusions, qu'il doit rechercher si l'enfant ne présente pas les traces d'un travail laborieux et difficile pendant la durée duquel il aurait respiré au passage, ou si la faiblesse de toutes les parties, leur peu de développement, n'autoriseraient pas à penser que la mort a été naturelle; circonstances sur lesquelles nous reviendrons lorsque nous traiterons des causes de la mort. Voici un rapport de M. Orfila, qui, dans une circonstance de ce genre, peut servir de guide. (*Voir* encore les rapports n° 5 et 12 à la fin de ce chapitre.)

Quelques médecins se sont appuyés sur les observations suivantes pour démontrer les erreurs auxquelles peut conduire l'immersion des poumons dans l'eau, d'après la méthode de Galien. Norréen et de Haen (*Ratio med.* II, 123, V, 50, IX, 29.) ont observé la submersion des poumons chez des personnes mortes d'un froid subit. De Haller (*Opusc. patholog.*, obs. XVI, his., t. II, III.) a trouvé que des poumons de phthisiques se précipitaient au fond de l'eau; Stoll (*Ratio med.*, I, 54, 70.), qu'il en était de même pour les personnes affectées d'une inflammation violente. Wrisberg dit que cela n'est pas rare à la suite de la petite vérole. Loder, médecin à Jena, rapporte qu'en 1780, un fœtus de sept mois vécut trois heures après sa naissance, qu'il produisit à plusieurs reprises des sons, et que néanmoins ses poumons se comportèrent comme ceux d'un enfant qui n'a pas respiré. (*Manuel de Rosc. Addit.* de M. Marc. p. 144.)

Nous avons examiné, le 17 avril 1827, un fœtus mâle à terme, non pourri, du poids de six livres, long de dix-huit pouces, et parfaite-

ment constitué. Les poumons, peu développés, recouvraient à peine le péricarde; ils offraient l'aspect de ceux qui n'ont pas été dilatés par de l'air; ils pesaient une once et demie; ils n'étaient crépitants que dans une très petite partie; ils gagnaient très rapidement le fond de l'eau; coupés en trente fragments à peu près égaux, *un seul de ces fragments*, celui qui correspondait à la partie crépitante de l'organe, restait à la surface du liquide; pressé fortement dans l'eau, ce fragment continuait à surnager; les vaisseaux pulmonaires contenaient une quantité de sang *au moins égale à celle que l'on remarque dans les poumons des enfants qui ont respiré pendant long-temps.* Ces caractères pouvaient nous porter à conclure que l'enfant dont il s'agit était né vivant, et qu'il avait vécu pendant un certain temps, surtout s'il était établi que les poumons n'avaient pas été insufflés; toutefois, comme nous remarquions des signes de congestion sanguine à la face, à la tête et dans la cavité du crâne; que la peau du sommet de la tête formait une tumeur œdémateuse considérable, et que le cordon ombilical n'offrait aucune trace de flétrissure ni de dessiccation, nous avons mis plus de réserve dans notre conclusion : *l'enfant*, avons-nous dit, *a respiré*, *à moins qu'on ne prouve que ses poumons ont été insufflés ; mais comme la respiration a été faible, et que d'une autre part la tête a été le siége de désordres tels qu'on les observe chez les enfants qui périssent pendant le travail, et par suite de la longueur de ce travail, il serait possible que cet enfant fût mort au passage et après avoir respiré...* Il a été reconnu depuis de la manière la plus positive que l'enfant était mort-né, que les poumons n'avaient pas été insufflés, que la mère était primipare, et que le travail avait duré cinquante-une heures, et avait été pénible; donc notre conclusion était fondée.

La docimasie hydrostatique de Galien étant aujourd'hui généralement employée et même peut-être la seule usitée, nous avons dû insister sur toutes les circonstances qu'elle pouvait présenter, et nous avons cherché à procéder dans leur exposition, comme si elles venaient s'offrir d'elles-mêmes aux méditations du médecin pendant qu'il la pratique.

De l'exposé des faits concernant la surnatation et l'immersion des poumons d'après la méthode de Galien, il résulte que les expériences hydrostatiques peuvent servir à reconnaître que l'*enfant n'a pas respiré* : 1° toutes les fois que les poumons sont sains et qu'ils immergent; 2° qu'ils sont emphysémateux, soit que l'emphysème provienne de la putréfaction ou d'un état morbide; 3° qu'ils sont malades, au moins pour la grande généralité des cas.

Elle démontre encore que l'*enfant a respiré* ou que l'on a *insufflé de l'air* dans les poumons : 1° lorsque les poumons sont sains; 2° lorsqu'ils sont malades.

Elle fait encore connaître que la respiration ou l'insufflation ont été complètes ou incomplètes.

D'où il résulte que par cette méthode on parvient, dans la généralité des cas, à vaincre toutes les difficultés du diagnostic de la respiration, l'insufflation pulmonaire exceptée ; car je ne saurais comprendre dans ce résumé les cas dans lesquels la putréfaction est tellement avancée que toute investigation devient inutile.

Puisque la docimasie hydrostatique ne peut pas résoudre cette difficulté, recherchons si d'autres circonstances particulières ne pourraient pas nous éclairer sur ce sujet ; et, à cet effet, étudions jusqu'à quel point l'insufflation artificielle peut imiter la respiration. Si l'on isole les poumons du corps et qu'on les insuffle par la trachée ou par les bronches, on distend assez facilement toutes les vésicules pulmonaires, en sorte que les poumons sont beaucoup plus volumineux et surnagent avec une grande facilité : cette expérience ne prouve rien pour le cas dont il s'agit. Si l'insufflation se pratique à l'aide d'un tube introduit par la bouche dans la trachée, on peut alors distendre les poumons au point d'abaisser le diaphragme, de déterminer la voussure du thorax, et, suivant Schmitt, de remplir toutes les cellules aériennes, pourvu toutefois qu'il n'existe pas dans la trachée des mucosités qui s'opposent à l'entrée de l'air. M. Orfila et plusieurs médecins croient que si l'insufflation est pratiquée bouche à bouche *ou par tout autre moyen moins énergique* que le tube laryngien, les effets sont moins sensibles, et qu'il faut beaucoup plus de temps pour parvenir à dilater les poumons au même degré ; mais que cependant l'insufflation peut dilater le tissu pulmonaire, non seulement au point de faire surnager les poumons, mais encore au point de distendre la totalité de leur tissu et d'amener la voussure du thorax.

Loin de partager cette opinion, Billard a rapporté des expériences qui nous paraissent devoir l'infirmer complétement. Ayant soufflé pendant long-temps et avec assez de force, à l'aide d'un tube de verre d'abord, puis à l'aide d'un soufflet, dans la trachée-artère de trois fœtus mort-nés, l'un de cinq

mois, l'autre de six, et le dernier de sept, il a vu, en détachant les poumons, qu'ils n'étaient crépitants qu'au bord antérieur et au sommet, et qu'il n'y avait que les fragments correspondant à ces portions qui fussent plus légers que l'eau. Dans une autre expérience, il a extrait du thorax les poumons d'un avorton de quatre mois et demi, mort-né, qui gagnaient rapidement le fond de l'eau, les a insufflés séparément, et il les a d'abord vus se gonfler, puis s'affaisser; toutefois, ils surnageaient lorsqu'on les mettait dans l'eau; mais, en les coupant par fragments, les parties appartenant au bord postérieur et à la base gagnaient le fond du vase. L'insufflation des poumons de deux enfants à terme, mort-nés, a fourni des résultats analogues; cependant il y avait dans ce cas une plus grande partie du poumon qui surnageait. D'où il a conclu que plus l'enfant était voisin du terme, plus il était facile d'insuffler la totalité des poumons.

A la Maternité, on pratique fréquemment l'insufflation à l'aide d'un tube laryngien, dans le but de rappeler les enfants à la vie. J'ai toujours observé qu'elle n'était jamais complète; mais, ainsi que l'avait remarqué Billard, les portions antérieures des poumons en étaient le siége, tandis que la moitié postérieure offrait un tissu non dilaté par de l'air; néanmoins la quantité d'air introduite était souvent suffisante pour opérer la surnatation des poumons. Je suis loin de vouloir en conclure qu'il ne soit pas possible de dilater la masse pulmonaire tout entière; car ici l'insufflation est pratiquée avec beaucoup de ménagements, tandis que, si elle était faite dans une intention criminelle, on pourrait la pousser beaucoup plus loin.

L'insufflation serait donc l'écueil de la docimasie hydrostatique, puisqu'elle pourrait développer, peut-être dans certains cas, tous les phénomènes apparents de la respiration : voussure du thorax, abaissement du diaphragme, augmentation du volume des poumons, développement des cellules aériennes, et surnatation des organes même après la compression de leurs fragments, et la lacune est d'autant plus grande que Morgagni (*De sed. et causâ morbor.*, *epis.* XIX, §. 47) fait observer que quelqu'un, par méchanceté et pour perdre une femme malheu-

reuse, mais innocente, aurait pu se procurer l'enfant mort-né dont elle serait accouchée, pousser de l'air dans ses poumons, afin de les faire surnager et d'imputer un crime à la mère.

La mère peut insuffler de l'air dans les poumons de l'enfant pour le rappeler à la vie. Eschenbach et quelques médecins ont regardé cette proposition comme inadmissible, attendu qu'il est par trop invraisemblable qu'une femme qui accouche clandestinement et qui est portée à se défaire de son enfant cherche à le ranimer.

Chaussier (*Consid. sur l'infant.*, 40) s'exprime en ces termes : N'a-t-on pas vu des femmes malheureuses, mais honnêtes, n'abandonner l'enfant dont elles venaient d'accoucher qu'après lui avoir soufflé dans la bouche? On en trouve un exemple dans *Buttner*, et je pourrais en ajouter d'autres analogues qui me sont bien connus.

Comment donc distinguer l'insufflation d'avec la respiration? Nous ne pouvons avoir recours qu'à deux ordres de faits, les changements physiques du tissu pulmonaire par l'insufflation (*voy.* p. 590), et les résultats de la méthode de Ploucquet : par rapport au premier ordre de considérations, nous avons dit qu'il fallait beaucoup d'habitude pour parvenir à établir cette distinction, et que, par cela même, un médecin ne pourrait pas toujours être assez convaincu pour conclure d'après ce seul caractère. La difficulté reste donc tout entière, au moins dans beaucoup de cas. Mais ne nous exagérons pas cette difficulté; rappelons-nous que pour qu'un doute réel existe, il faut supposer qu'une personne a voulu simuler un corps de délit d'infanticide, afin de faire peser une accusation sur la mère; supposition qui n'est pas inadmissible, mais dont on ne possède pas encore d'exemple, et que l'on ne rencontrera peut-être jamais, parce qu'il faut que la simulation soit opérée par une personne qui possède des connaissances étendues en médecine; parce qu'il faut que le hasard vienne encore servir le coupable, puisque le résultat de la naissance doit être un enfant mort-né. Ajoutons que dans le cas où une mère n'a pas conçu de projet homicide elle n'a pas caché sa grossesse, qu'elle n'a pas dissimulé son accouchement; que les preuves testimo-

niales ne manqueront probablement pas pour déposer en sa faveur des circonstances qui éloignent toute idée de crime; enfin, que le corps de délit lui-même ne pourra pas présenter des apparences de violences, auxquelles on puisse rattacher la mort, puisque le coupable n'aura eu l'enfant à sa disposition qu'après la mort survenue. — Quant au cas où une mère pratiquerait l'insufflation pour rappeler son enfant à la vie, et où sa tendresse maternelle deviendrait la source de la preuve la plus accablante de culpabilité! C'est faire une supposition inadmissible; c'est ne tenir aucun compte des preuves testimoniales dans les affaires criminelles; c'est oublier que le meurtrier frappe sa victime dans l'ombre, et que la mère qui prodigue de tels secours ne peut agir qu'au grand jour; c'est ne pas se rappeler enfin qu'il ne suffit pas en matière d'infanticide de démontrer que la respiration a eu lieu, qu'il faut encore prouver que la mort a été la conséquence de violences exercées sur l'enfant.

Nous avons présenté la difficulté tout entière, mais nous avons dû faire entrevoir combien les faits particuliers venaient l'atténuer. Dans une foule de cas, les circonstances dans lesquelles le corps de délit a été trouvé excluent les deux objections. Ainsi, par exemple, c'est un enfant que l'on jette vivant sur les glaces de la Seine; vivant, car il présente tous les désordres qui peuvent résulter d'une pareille chute. Un autre est trouvé dans l'eau, enfermé dans un sac cousu hermétiquement. Un troisième est jeté dans la rue, auprès d'une borne; un tampon de linge a été introduit dans le pharynx pour l'étouffer. Un quatrième flotte sur la rivière dans un carton, et enveloppé de plusieurs linges très serrés qui lui ont ôté tout accès à l'air. Un cinquième a été jeté dans les fosses d'aisances. Un sixième, coupé par morceaux, est trouvé enterré dans un lieu inhabité, etc. Certes, ce n'est pas là le cas de la mère qui pratique l'insufflation dans le but de rappeler son enfant à la vie; ce n'est pas non plus l'étranger qui simule un corps de délit et qui a intérêt à divulguer son existence.

Méthode de Daniel. — En 1780, Daniel (*De Infantum nuper natorum umbilico et pulmonibus,* Halle, 1780) a proposé de pra-

tiquer la docimasie hydrostatique de la manière suivante : on se procure 1° une balance très sensible, dont un des plateaux porte inférieurement un crochet ; 2° un panier en fil d'argent susceptible de contenir les deux poumons, et par son poids de les faire immerger dans l'eau, quoiqu'ils aient été totalement pénétrés par de l'air ; 3° un vase gradué assez profond pour renfermer un pied d'eau en hauteur, et assez large pour permettre l'introduction facile des organes de la poitrine ; 4° des poids très fractionnés. — On détache les poumons, le cœur et le thymus de la cavité de la poitrine, après avoir pratiqué la ligature des gros vaisseaux avec beaucoup de soin, afin de ne pas leur laisser perdre de sang, et on les pèse. On en sépare le cœur et le thymus, et on les pèse de nouveau ; on en déduit le poids du cœur et du thymus, et par conséquent celui des poumons. On suspend alors les poumons au plateau de la balance et on les fait plonger dans l'eau. S'ils immergent, on note sur l'échelle du vase l'élévation du liquide, et aussi la somme du poids qu'il faut enlever dans l'autre plateau pour rétablir l'équilibre ; par là on apprécie la déperdition de poids qu'ils ont subie, ainsi que le volume qu'ils ont réellement.

Si les poumons surnagent, on les met dans le petit panier en fil d'argent, et on les fait immerger afin de tenir compte de la masse d'eau qu'ils peuvent déplacer, et apprécier leur augmentation en volume par le fait de la respiration ; on note aussi les poids qu'il faut enlever pour rétablir l'équilibre.

Ces expériences sont basées sur deux principes d'hydrostatique que voici : 1° tout corps plongé dans l'eau déplace un volume d'eau égal au sien ; 2° tout corps plongé dans l'eau perd en poids un poids égal au volume d'eau qu'il déplace ; par conséquent, elles ont pour but de faire apprécier l'augmentation de volume et l'augmentation de poids des poumons sous l'influence de la respiration. Si on représente par des chiffres les résultats obtenus de ces expériences, on comprendra mieux comment cette docimasie peut faire apprécier ces deux ordres de faits.

Que l'on représente par 100 le poids des poumons d'un fœtus mort-né, ils ne devront perdre, par leur immersion dans l'eau, qu'un poids peu considérable, puisqu'ils ne déplacent qu'un

faible volume d'eau ; il sera, je suppose, de 30 ; reste 70. — Les poumons d'un fœtus qui a respiré pèseront le double, c'est-à-dire 200 ; car cette augmentation en poids a été la conséquence de l'afflux du sang dans leur intérieur ; et comme par le fait de la respiration ils seront beaucoup plus volumineux, ils pourront peut-être perdre le double en poids, c'est-à-dire 60, parce qu'ils déplaceront un volume double d'eau. — Dans le cas où l'insufflation aura été pratiquée, le poids des poumons sera encore 100, comme celui des poumons qui n'auront pas respiré, ou peut-être moins, s'il est démontré que l'insufflation diminue le poids des poumons. Mais leur volume ayant été doublé, la perte en poids sera 60, comme chez le fœtus qui a respiré, puisqu'ils déplaceront un volume plus considérable de liquide ; on aura donc :

Poumons d'enfants n'ayant pas vécu pesant 100 et perdant 30 par l'immersion, reste 70.

Poumons d'enfants ayant vécu pesant 200 et perdant 60 par l'immersion, reste 140.

Poumons d'enfants n'ayant pas vécu et ayant été insufflés, pesant 100 et perdant 60 par l'immersion, reste 40.

On voit donc que cette méthode a pour objet de distinguer l'insufflation de la respiration.

On pourra dresser des tables comparatives, et avoir des données moyennes qui serviront à résoudre les questions relatives à la respiration. Mais outre que ces tables n'ont pas été faites, il est probable, pour ne pas dire certain, que la méthode de Daniel conduirait à des résultats douteux pour les cas où la respiration est incomplète, ainsi que pour une insufflation peu prolongée, et par conséquent, qu'elle ne lèverait pas la difficulté.

Méthode de Bernt. — Bernt a publié en allemand et en latin à Vienne, en 1821, un opuscule intitulé : *Programma quo nova pulmonum docimasia hydrostatica præponitur a Josepho*, etc. M. Orfila ayant rendu avec beaucoup d'exactitude les idées de Bernt, nous lui empruntons la description qu'il a donnée de sa méthode dans la deuxième édition de sa *Médecine légale.* « Bernt établit d'abord l'insuffisance de l'épreuve hydrostatique en tant

qu'elle a seulement pour objet de décider si le poumon est plus léger ou plus pesant que l'eau. Ne sait-on pas que les poumons d'enfants qui ont respiré vont au fond de l'eau lorsque la respiration a été imparfaite; lorsque le poids spécifique de l'organe a été augmenté par une collection de mucus, de pus, par des tubercules squirrheux et par l'inflammation? D'une autre part, les poumons d'enfants qui n'ont pas vécu après l'accouchement ne peuvent-ils pas nager sur l'eau, si l'enfant a fait quelques inspirations au passage, si on a insufflé de l'air, ou s'il s'est développé quelques gaz à la surface ou dans le parenchyme du poumon par suite d'une maladie ou de la putréfaction? »

Il rapporte ensuite trois observations de fœtus, l'un de six mois, qui vécut deux heures; l'autre de huit ou neuf mois, qui ne périt qu'au bout de neuf heures; et le troisième de six mois, qui mourut peu de temps après la naissance. Les poumons de ces fœtus, mis dans l'eau, gagnaient le fond du vase lors même qu'ils étaient coupés par fragments; ils n'étaient point crépitants, mais en revanche ils avaient quitté la partie postérieure du thorax au point que leurs bords antérieurs recouvraient le péricarde dans une grande étendue, et avaient refoulé le diaphragme jusqu'à la quatrième ou la cinquième côte. Ils pesaient chez le premier enfant une once et un quart. (Le docteur Bernt pense que le poids moyen des poumons qui n'ont pas respiré est d'une once.)

De ces faits, l'auteur conclut non seulement que l'on serait trompé en affirmant, d'après la submersion des poumons dans l'eau, que les fœtus n'avaient pas respiré, mais encore que l'établissement de la circulation pulmonaire peut déterminer, lors même que la respiration est imparfaite, une augmentation dans le volume et dans le poids des poumons. Ces données le conduisent à la recherche des moyens propres à faire connaître s'il y a eu ou non augmentation dans le volume et dans le poids absolu des poumons. Voici la description de l'instrument qu'il conseille d'employer :

On prend un vase de verre épais, cylindrique, de trois pouces de diamètre, ayant onze pouces un quart de hauteur;

on le place sur un support à trois pieds. L'un d'eux est garni d'une vis, à l'aide de laquelle on peut élever ou abaisser un des côtés du vase et le mettre de niveau. On introduit dans ce vase deux livres d'eau distillée; la hauteur de ce liquide est tracée tout autour, à l'aide d'une ligne solidement empreinte, car c'est sur les changements que subit en plus ou en moins cette hauteur, lorsqu'on place les poumons dans le vase, que repose cette expérience. Or, ces changements varieront selon que l'on opèrera : 1° avec les poumons d'un fœtus de sept, huit ou neuf mois; 2° avec les poumons d'un fœtus mâle ou femelle; 3° avec les poumons de fœtus qui n'ont pas respiré, qui ont respiré imparfaitement, ou enfin qui ont respiré parfaitement.

A cet effet, on tracera au-dessus et à partir de la ligne circulaire, quatre lignes verticales pour former trois colonnes, que l'on désignera de gauche à droite, par les chiffres VII, VIII et IX, et dont chacune correspondra aux trois âges ci-dessus indiqués. Au-dessous de chacun de ces chiffres, chaque colonne sera divisée en deux parties, et distinguée par les lettres *f* et *m*, pour désigner les sexes féminin et masculin. Cette distinction à établir entre les sexes est nécessaire, dans ce sens qu'elle pourra peut-être par la suite conduire à des données utiles sur les différences hydrostatiques que présenteraient les poumons sous ce rapport.

Comme ces colonnes doivent être munies d'une échelle indicative, on l'établira de la manière suivante : on plongera dans l'eau successivement les poumons et le cœur de six fœtus, trois de chaque sexe, âgés de sept, de huit et de neuf mois, que l'on saura positivement ne pas avoir respiré. On marquera chaque fois la hauteur de l'eau dans les trois colonnes verticales au moyen de traits tirés en travers et à gauche de l'échelle. On tracera la lettre N au-dessus de la surface de l'eau, pour indiquer que cette hauteur dans chaque colonne est destinée aux poumons d'enfants qui n'ont pas respiré. Il est inutile de dire qu'on devra lier chaque fois les vaisseaux des poumons et du cœur.

On plongera ensuite dans le vase les poumons de six fœtus, dont trois mâles et trois femelles, âgés de sept, huit et neuf

mois, qui auront vécu pendant quelque temps, et chez lesquels la respiration aura été imparfaite. On marquera par des lignes transversales, dans trois colonnes, la hauteur du liquide qu'ils ont déplacé, et à côté de ces lignes on mettra la lettre I, pour indiquer que la respiration a été imparfaite. Enfin, on agira de même pour les poumons de six fœtus, dont trois mâles et trois femelles, âgés de sept, huit et neuf mois révolus, ayant respiré complétement. Ici les lignes transversales qui indiqueront la hauteur de l'eau seront accompagnées d'un P, pour exprimer que la respiration a été parfaite.

Il n'est pas indifférent pour le succès de l'expérience de plonger dans l'eau les poumons seuls ou avec le cœur ; en effet, si on séparait ce dernier organe, les poumons déplaceraient un volume de liquide beaucoup moindre, et l'ascension de l'eau serait moins sensible qu'avec le cœur ; d'ailleurs, et ce point est de la plus grande importance, la séparation du cœur entraînerait une diminution dans le poids absolu des poumons, toutes les fois qu'une portion de sang aurait dû parvenir des veines pulmonaires dans le ventricule gauche du cœur. Or, il est aisé de sentir que, s'il en était ainsi, on n'apprécierait pas exactement l'augmentation du poids des poumons produite par l'établissement de la circulation pulmonaire.

On remarque encore sur le vase que nous venons de décrire, une échelle de deux pouces, subdivisée en lignes, qui part de bas en haut, du niveau de la nappe d'eau, et qui sert probablement à indiquer géométriquement les changements qu'éprouve la hauteur du liquide.

Un vase de cette nature, s'il est parfaitement calibré, pourra servir d'étalon. Il faudra seulement prendre la précaution indispensable, soit en le construisant, soit en l'employant aux expériences auxquelles il est destiné, de remplacer l'eau qui a été évaporée ou perdue entre deux expériences. On conçoit, en effet, que ce liquide doit atteindre, au commencement de chaque expérience, la ligne circulaire inférieure dont nous avons parlé.

Conclusions à tirer des résultats obtenus à l'aide de cet instrument. — Lorsqu'on plonge dans l'eau de ce vase les poumons

de fœtus de tout âge et de tout sexe qui n'ont pas respiré, et dont par conséquent les poumons n'ont pas encore subi d'augmentation de poids ni de volume; soit que ces organes se précipitent lentement ou rapidement au fond du vase, soit qu'ils restent à la surface, parce que les poumons ont été insufflés, pourris, etc., ils déplaceront la plus petite quantité d'eau possible, et feront remonter le liquide suivant l'âge et le sexe, dans un des trois intervalles marqués par les premières lignes transversales, c'est-à-dire dans un des intervalles les plus inférieurs.

Si les poumons et le cœur appartiennent à des enfants de tout âge et de tout sexe, ayant respiré imparfaitement, et dont le poids et le volume sont augmentés d'une manière sensible, soit que ces organes se précipitent au fond de l'eau par suite d'une collection d'humeur, de pus, de tubercules dans les poumons, soit qu'ils surnagent, tant en raison de l'air inspiré, que de celui qui a pu être insufflé, ou qui s'est développé par la putréfaction, ils déplaceront une plus grande quantité d'eau que dans le cas précédent, et feront monter le liquide dans un des intervalles formés par les deuxièmes lignes transversales. Enfin, dans le cas où la respiration aura été parfaite, comme le volume et le poids des poumons ont subi la plus grande augmentation possible, il y aura beaucoup plus d'eau déplacée, et le liquide montera dans les colonnes verticales jusque dans un des trois intervalles les plus élevés.

« On objectera peut-être, dit le docteur Bernt, qu'*indépendamment des différences de volume et de poids des poumons tirés de l'âge et du sexe des fœtus, il en est encore d'autres dont nous ne tenons aucun compte, et qu'ainsi il peut se faire que les poumons les plus volumineux et les plus pesants d'un fœtus mort-né offrent un volume et un poids plus considérables que ceux des poumons les moins volumineux et les moins pesants de fœtus du même âge qui ont vécu après la naissance.* Cette objection est plutôt relative au poids et au volume des poumons, *comparé* au poids du corps, qu'au poids et au volume absolu des poumons. En effet, on observe très rarement des différences de cette nature entre les poumons des enfants, tandis qu'on en remarque

très fréquemment entre les mêmes organes et le poids du corps, qui peut être considérablement augmenté par la graisse, par la pléthore, ou diminué par le marasme, une hémorrhagie, etc.; que si, d'ailleurs, il était reconnu plus tard que, par suite d'une hémorrhagie ou de toute autre cause, le volume et le poids absolu des poumons présentassent des différences notables, on en tiendrait compte comme pour l'âge et le sexe, en accordant à ces causes une place dans l'échelle de l'instrument déjà décrit. »

Les objections qui ont été faites à la docimasie d'après la méthode du docteur Bernt, sont nombreuses; il en est une qui exclurait de fait toutes les autres, car elle repose sur la difficulté de se procurer et de faire construire un instrument pareil à celui qu'il a proposé, instrument qui doit se trouver entre les mains de tous les médecins. « Les mécaniciens les plus habiles de Paris n'ont jamais voulu, dit M. Orfila, s'engager à le construire. (*Méd. lég.*, II, 226.) » Cette objection ne me paraît fondée qu'autant que l'on voudrait avoir un vase dont les dimensions fussent parfaitement en rapport avec celles de l'instrument de Bernt; mais cela est inutile. Il suffit de se procurer un vase dont les diamètres s'en éloignent peu. En effet, du moment qu'on le gradue par les expériences docimasiques faites avec les poumons appartenant à des enfants dont l'âge et le sexe sont bien déterminés, on peut faire avec ce vase cent, deux cents ou trois cents vases, sans avoir besoin de répéter ces expériences de nouveau; car il suffira de graduer avec du mercure ces instruments pour qu'ils puissent servir dans la pratique. Il est bien vrai qu'alors l'échelle qui exprime sur chaque vase la mesure géométrique, ne sera plus la même, qu'elle ne sera plus comparable. Mais de quelle utilité est cette mesure? Il importe peu de savoir la quantité de pouces cubes qui ont été déplacés par les poumons; ce qui est nécessaire, c'est de s'assurer que les poumons plongés dans l'eau ont fait monter ce liquide dans la colonne des enfants qui ont respiré complétement, qui ont respiré imparfaitement ou qui n'ont pas respiré. Aussi ai-je fait construire un vase à l'instar de celui de Bernt, et qui m'a servi à répéter ses expériences. Cette objection, tirée de la difficulté

que l'on aurait à se procurer un pareil instrument, n'est donc pas fondée. Une seconde difficulté plus réelle pour un très grand nombre de médecins, est celle qui consiste à se procurer les cinquante-quatre fœtus de divers âges et de diverses respirations propres à graduer l'instrument de Bernt. Il est évident que ce résultat ne pourra être obtenu que dans les villes capitales des royaumes, ou au moins dans quelques unes des principales villes. Toutefois, comme il suffirait qu'un seul instrument étalon fût construit pour en faire d'autres sans avoir besoin de fœtus, cette seconde difficulté peut encore être levée.

Nous arrivons à des objections plus sérieuses; et, pour en concevoir toute la portée, il faut bien nous rendre compte du principe sur lequel repose l'expérience de Bernt. Elle sert *exclusivement* à faire apprécier l'augmentation du poids absolu des poumons par le fait de la respiration, car elle est fondée sur la quantité d'eau déplacée par ces organes lors de leur immersion. C'est donc le but que voulait atteindre Ploucquet; seulement c'est une autre méthode pour y arriver. En effet, on juge de la respiration ou de son absence par le volume d'eau qui est déplacé dans le vase de Bernt, et ce volume est en raison du poids des poumons; car, comme une fois placés sur l'eau, on abandonne ces organes à eux-mêmes, ils ne peuvent agir sur ce liquide qu'en vertu de la pression qu'ils y exercent, et cette pression ne peut être exercée qu'aux dépens de leur poids.

Bernt a voulu se placer dans les conditions les plus favorables, en comparant entre eux d'abord les poumons appartenant à des enfants de même âge, convaincu qu'il était que les différences apportées dans le poids des poumons par la respiration devaient être en rapport avec l'âge de l'enfant; qu'ainsi l'augmentation en poids pouvait ne pas être la même pour un enfant de sept mois, chez lequel la respiration a été complète, que pour un enfant de neuf mois qui se trouvait placé dans la même condition; de là ses trois divisions principales. Il a été plus loin; il a cru devoir tenir compte du sexe de l'enfant.

Ce principe une fois posé, la méthode de Bernt doit être con-

sidérée comme bonne, si dans chaque âge le poids et le volume des poumons des enfants *mort-nés* ne sont pas tels, que par leur immersion dans l'eau il en résulte un déplacement de liquide aussi ou plus considérable que celui qui se serait opéré par les poumons d'enfants du même âge chez lesquels la respiration aurait été *imparfaitement opérée* ou *parfaitement opérée*. Les poumons des enfants du même âge où la respiration aurait été *imparfaite* devraient se trouver dans les mêmes conditions à l'égard des poumons des enfants du même âge chez lesquels la respiraion aurait été *parfaite*. Si l'on trouve des exemples où le contraire peut avoir lieu, l'instrument de Bernt n'a plus qu'une valeur secondaire, et toute objection devient inutile. Or, si le lecteur veut examiner avec soin le tableau suivant, que j'ai dressé non pas d'après les expériences qui me sont propres, mais d'après celles d'Eiseinstein et Zebisch, qui ont été faites sous les yeux du docteur Bernt, il verra que pour l'époque de neuf mois, par exemple, sur cinq chiffres représentant le volume d'eau déplacé par les poumons d'enfants mort-nés, il en est quatre qui surpassent deux des chiffres qui expriment le volume d'eau déplacé par les poumons appartenant à des enfants chez lesquels la respiration a été parfaite. Un de ces cinq chiffres surpasse même tous les chiffres de la respiration parfaite, à l'exception d'un seul. Cette observation est applicable aux enfants de huit mois et de neuf mois.

ENFANTS A TERME,			ENFANTS DE HUIT MOIS,			ENFANTS DE SEPT MOIS,		
Morts-nés.	Respiration imparfaite.	Respiration parfaite.	Morts-nés.	Respiration imparfaite.	Respiration parfaite.	Morts-nés.	Respiration imparfaite.	Respiration parfaite.
pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.
2 4/10	3 »	2 9/10	2 1/10	1 9/10	3 2/10	2 6/10	1 9/10	2 5/10
3 2	3 5/10	3 1	3 9	3 5	2 8	3 »	2 »	4 »
3 5	3 6	4 »	» »	3 9	» »	5 4	2 2	4 9
3 8	3 7	4 1						
6 5	3	5 5						
	4 »	6 »						
	4 »	6 9						
	4 8							
	4 9							

En effet, que faut-il pour conduire à de pareils résultats? Il suffit qu'une maladie, un développement anormal même du tissu pulmonaire, amène un afflux de liquide plus considérable dans ce tissu, développe les poumons graduellement, au point de leur faire acquérir le volume que leur donne la respiration tout en augmentant leur poids, pour que le déplacement d'eau qui simule la respiration parfaite ait lieu. Aussi les poumons des enfants chez lesquels nous avons constaté l'endurcissement lardaciforme, avaient-ils un poids et un volume qui dépassaient celui des enfants chez lesquels la respiration a été parfaite, et déplaçaient-ils une quantité d'eau tout aussi grande dans notre vase hydrostatique. Or, l'hépatisation des poumons, l'œdème pulmonaire simple, les tubercules pulmonaires, et peut-être même une sorte d'hypersarcose pulmonaire, ne devraient-ils pas conduire à de semblables résultats? C'est ce qui est très probable, et c'est ce que tendent à démontrer les chiffres que comporte ce tableau.

En résumé, la méthode de Bernt ne présente pas d'avantages sur celle de Galien; et comme elle exige un vase particulier, elle est par cela même d'une exécution moins à la portée de tous les médecins.

Objections aux diverses docimasies hydrostatiques, et notamment à celle de Galien.

Première. — *Il n'est pas impossible qu'un fœtus périsse en naissant, et que les poumons, ou au moins quelques uns de leurs fragments, soient plus légers que l'eau, parce que l'enfant aura respiré au passage ou lorsqu'il était encore contenu dans la matrice; en sorte qu'il aurait respiré, mais il n'aurait pas vécu de la vie extra-utérine.*

Morgagni pense qu'après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux de l'amnios, l'enfant se trouvant au passage, et la bouche regardant la vulve, l'air peut s'introduire dans les organes de la respiration; il commence de respirer avant de naître. *De sedib. et cau is morborum*, *epist.* 19, *n°* 47, *ad finem.* — Haller, *Primæ lin. Physiolog.*, § 925, est très positif à cet égard dans le passage suivant : *Suspicor posse*, *certo in situ*,

vegetum fœtum, non nimis compressum, aliquandò aerem duxisse, dùm parte sui inter matris partes hæsit. Williams Hunter, *Lettres sur l'infanticide*, suppose également que l'enfant respire du moment où sa bouche éprouve le contact de l'air extérieur, et conclut de là que sa mort peut fort bien précéder sa naissance, lorsque la tête étant sortie, le reste du corps continue encore à rester renfermé pendant un certain espace de temps dans les parties sexuelles de la mère. Antoine Petit supposait le cas où « la tête est sortie; mais une dernière difficulté empêche que l'accouchement ne s'achève : la vulve se resserre brusquement autour du cou, et les épaules s'arrêtent; si elles ne sont pas trop grosses une nouvelle douleur les poussera hors du vagin; mais si elles tardent, il faut les faire sortir promptement, l'enfant pouvant être étranglé. » La respiration ne peut-elle pas s'opérer durant cette période?

Siebold (*Lucine*, journal sur l'art des accouchements) rapporte le cas d'un enfant qui resta environ deux minutes au passage, la tête dehors, et qu'on entendit crier, mais on ne dit point à quelle époque.

Voici un fait détaillé qui prouve d'une manière évidente que la respiration peut avoir lieu lorsque l'enfant est au passage et que la tête n'est pas encore engagée dans la vulve :

Je soussigné, Lados, etc., me suis rendu en la prison de la commune de Scheldewindeke le 26 janvier 1837, où j'ai trouvé couchée sur la paille la nommée Dorothée d'Hilt, qui m'a déclaré que se trouvant au huitième mois de sa grossesse, elle avait éprouvé, samedi dernier, 21 janvier 1837, vers onze heures du matin, un violent saisissement causé par un incendie qui s'était manifesté dans sa chambre; qu'elle avait ressenti tout-à-coup une forte douleur au bas-ventre, suivi de la rupture des membranes et de l'écoulement subit d'une grande quantité d'eau; que de nouvelles douleurs étaient survenues par intervalles dans les journées des 21 et 22 janvier, et enfin que le 23 au matin, en s'éveillant, elle s'était aperçue qu'une main d'enfant était sortie des parties sexuelles; elle ajouta que les deux femmes Desutter et Montassé avaient remarqué la sortie de cette main, et que l'une d'elles était allée consulter une autre femme réputée pour ses connaissances en accouchement, qui, en refusant son ministère, avait soutenu qu'il fallait abandonner le cas à la nature; que ce conseil avait été suivi, et que c'était seulement vers le milieu de la nuit du 23 au 24 que l'expulsion d'un enfant mort avait eu lieu.

Les deux femmes qui avaient assisté à l'accouchement, après avoir reconnu l'identité de l'enfant que je leur présentais, m'ont déclaré qu'à la naissance il ne donnait aucun signe de vie; qu'elles avaient remarqué

que l'épiderme était détaché au dos de la main droite et du pied droit, ainsi qu'à l'abdomen ; qu'elles en avaient conclu que l'enfant était en putréfaction, et que pour ce motif elles avaient négligé d'insuffler de l'air dans la bouche ou dans les narines et de lier le cordon. Comme je leur faisais observer que le cordon n'avait pas été coupé, mais déchiré, l'une d'elles me déclara que n'ayant pas à sa disposition de couteau ou de ciseau, elle l'avait déchiré au moyen de ses ongles; elle a répété cette opération, en ma présence, sur le bout du cordon encore attaché à l'ombilic. Suit la description de l'état de l'accouchée.

Examen du corps de l'enfant. — Sexe masculin, 17 pouces de longueur; poids de 4 livres 14 onces; portion de cordon de 2 p. 1/2, insérée à l'ombilic, sans ligature et déchirée à son extrémité; cheveux peu nombreux, peau imparfaitement organisée; le membre supérieur droit, depuis l'aisselle jusqu'au bout des doigts, est très gonflé et d'une couleur noirâtre, excepté à la face palmaire de la main, qui est également gonflée, mais d'un blanc rosé contrastant avec le reste du membre et avec la paume de la main du côté opposé; le dos de cette main est en partie dépourvu de son épiderme, qui est replié sur lui-même et qui laisse à nu le derme turgide et de couleur rouge noirâtre; le membre supérieur gauche est au contraire très mince et aplati, de telle façon que les os de l'avant-bras se dessinent à l'extérieur; toute la peau du corps semble macérée, et l'épiderme est détaché au côté droit de l'abdomen ainsi qu'à la face dorsale du pied du même côté; partout il est possible de l'enlever par le plus léger frottement.

Aucune trace de violence sur le corps; le tissu cellulaire sous-cutané du bras et de l'avant-bras du côté droit, infiltré de sang noirâtre; pareil état ne s'observe pas à la section des autres parties.

Pas de point osseux dans le cartilage de l'extrémité inférieure de chaque fémur. — Tumeur sanguine de l'accouchement située au sommet de la tête.

Poitrine. — Les poumons offrent une couleur rosée; le poumon gauche est enfoncé dans la cavité thorachique; le droit est très développé; il couvre en partie le péricarde et son bord antérieur est relevé; la moindre pression qu'on lui fait subir produit une sensation de crépitation. Le poumon et le cœur, plongés ensemble dans l'eau, surnagent de telle manière que le poumon droit et le lobe supérieur du poumon gauche dépassent la surface de l'eau, tandis que le cœur et le lobe inférieur du poumon gauche sont restés au-dessous de ce niveau; les poumons pesaient 1 once 1/2; placés isolément dans l'eau, ils surnagent, le poumon droit toujours plus élevé que le gauche.

Les deux poumons ont été divisés en deux parties; tout ce qui appartenait au poumon droit et au lobe supérieur du poumon gauche est resté à la surface du liquide, tandis que le lobe inférieur de ce dernier organe a gagné de suite le fond de l'eau. Cette opération, répétée sur ces organes coupés par tranches, a donné respectivement les mêmes résultats; ces diverses tranches, tenues et exprimées au fond de l'eau, ont fourni des résultats entièrement opposés; les parties seules qui ont surnagé ont donné lieu à l'apparition d'une grande quantité de très petites bulles d'air à la surface du liquide, et ont surnagé ensuite; les autres n'ont rien offert de semblable.

La section des poumons a été remarquable, sur le droit et sur la partie supérieure du gauche, par la crépitation à laquelle elle a donné lieu; une très petite quantité de sang rouge s'est écoulée par la suite de ces incisions, et aucune altération pathologique ou autre n'a été trouvée dans le parenchyme pulmonaire.

Conclusion.

1° L'enfant dont il s'agit était âgé de huit mois.
2° Il était vivant lorsque les eaux se sont écoulées et que le bras droit a été expulsé de l'utérus.
3° Il a respiré.
4° Il est mort avant d'avoir été expulsé.

Du reste, personne ne conteste la possibilité de la respiration dans de telles circonstances; mais les expériences hydrostatiques ne sauraient donner la solution d'une pareille difficulté; elles ne peuvent démontrer qu'un fait, c'est que l'enfant a respiré, et non pas faire connaître le moment où la respiration a eu lieu.

Quant à la respiration qui s'effectue dans la matrice, on en a donné la preuve en s'appuyant sur les cris que l'enfant pouvait jeter alors, cris auxquels on donne le nom de *vagissement utérin*.

Haller (*Éléments physiolog.*, VIII, lib. 29, pag. 400) s'exprime ainsi sur les cris de l'enfant contenu encore dans l'utérus, sur sa respiration dans certains accouchements laborieux, et sur la dilatation éventuelle de ses poumons : *Vocem ante partum animalia non edunt, et tamen non videtur adeò multum tempus requiri, ut sanus et robustus fœtus, pulmonem suum ad respirandum, adque vocem edendam, aptum reddat.*

Est etiam locus dandus testimoniis. Dicitur fœtus in partu pectus dilatasse, cum caput hæret. Non ergò penitus repugnare posse ejus modi fœtum, aliquo obstaculo, ut à latis humeris, retentum, ore suo deorsum in ostium verso, et respirare, et vagire, favente, cum robore, situ fœtûs.

Vagitus uterinos, si verè aliquandò sunt exauditi, videntur peculiarem poscere casum, in quo membranæ quidem ruptæ sint quod non infrequenter ante partum, et perpetuum est in partu longo et laborioso in cujus principio aquæ effluxerunt et in quo nihilò seriùs aliquot post dies fœtus adhuc vitalis sequitur.

Si aëri modò accessus datus fuerit, et prætereà caput eo modo conversum, ut aërem de vaginâ habere potuerit, possit demùm dari fœtum et respirare posse et vagire.

Rarissima verò ea omnia esse facilè apparet, et à naturâ fœtûs aliena, in quo membranæ integræ aquas retinent. Non ergo mirum est et viros et acuti ingenii his præcocibus clamoribus fidem negavisse.

Un savant homme, un physicien, dit Mahon, à l'occasion du vagissement utérin (*Méd. lég.*, II, 396), n'est pas à l'abri de la surprise, et s'il n'est pas en lui de prendre toutes les précautions possibles pour l'éviter, du moins est-il inexcusable d'ajouter foi, sur de simples témoignages, aux choses qui ne peuvent exister sans miracle.

Zeller (*De Pulmonum in aquis subsidentiâ*), et Hippocrate, Galien, Vanderwiel, Nymman, Camerarius, Boyle, Needham, Lanzoni, soutiennent son opinion), prétend que le fœtus peut respirer dans l'eau de l'amnios, parce qu'on y trouve de l'air.

Bohn lui-même se porte témoin de ce fait, et cite à l'appui l'autorité de Boyle et de Sennert.

Il n'y a qu'un seul cas assez clair dans lequel le fœtus puisse respirer librement avant ce temps (la sortie des parties génitales), c'est lorsque la bouche se présente, après l'ouverture des membranes, à l'ouverture de l'utérus; or on sait que cette manière de se présenter est une de celles qui rendent l'accouchement laborieux et qui exigent des personnes instruites pour le terminer. (Mahon, *Méd. lég.*, II, 401.) Cet auteur ajoute : Si l'enfant a déjà passé la tête hors du vagin, il paraît très difficile que le reste ne vienne pas...; d'ailleurs fût-il retenu dans cette situation, il faut une dilatation de la poitrine. Si l'on suppose la poitrine comprimée par l'orifice de l'utérus ou du vagin, cette dilatation nécessaire à la respiration me paraît impossible.

Quelques médecins admettent la possibilité du vagissement utérin, d'autres au contraire attendent une démonstration plus évidente et plus complète de ce phénomène pour y ajouter tout-à-fait foi. Les deux faits suivants donnent quelque poids à la première manière de voir; l'un a été consigné dans la *Bibliothèque médicale* (cah. de juin 1823), l'autre se trouve exposé dans l'art. INFANTICIDE du *Dictionnaire de médecine* en 21 vol.

Une femme enceinte éprouva, après les premiers mouvements de l'enfant, une perte d'eau, perte qui se renouvela de temps à autre et fit craindre un avortement. Vers le huitième mois de la grossesse, elle fit une chute, qui fut suivie d'un écoulement brusque et considérable d'eau. On mit la malade au lit, le fœtus remua beaucoup; mais au bout de quelques heures elle se sentit si bien que sa famille se réunit dans sa chambre pour y souper. Au milieu du repas, les cris d'un enfant se font entendre sous la couverture; mais la sage-femme ne reconnaît rien qui indique un accouchement. Le docteur Zitterland, habitant de la maison, arrive assez à temps pour entendre distinctement les cris de l'enfant contenu dans le sein maternel. Toutes les précautions sont prises pour éviter les illusions! et l'on constate que dans la maison il n'existe aucun animal dont les cris auraient pu induire en erreur. Cependant les cris entendus par M. Zitterland ne se reproduisent plus; l'exploration apprit que l'accouchement n'était pas encore prêt à se faire; seulement la partie vaginale de l'utérus était effacée. Deux jours après la malade mit au monde un fœtus chétif, qui paraissait être venu au monde au terme de huit mois solaires. Il poussa quelques faibles cris immédiatement après sa naissance, tomba aussitôt dans un état d'asphyxie, dont on ne parvint à le tirer qu'avec beaucoup de peine, et mourut une demi-heure après être venu au monde. (*Nouv. Bib. méd.* juin 1823.)

Le 10 octobre 1834, dit le docteur Henri, je fus prié par M. Jobert, docteur en médecine, de vouloir bien l'assister pour terminer un accouchement chez une femme dont le bassin vicié offrait un obstacle à l'expulsion naturelle du fœtus. En conséquence nous nous rendîmes chez madame G..., rue de... Cette dame, âgée d'environ vingt-sept ans, d'une assez forte complexion, avait déjà eu deux grossesses, qui ne furent point amenées à terme, le premier avortement ayant eu lieu à cinq mois de gestation, et le second à sept mois; ce dernier se termina après beaucoup de difficultés. Lors de notre arrivée, madame G... éprouvait des douleurs assez vives, et les membranes étaient rompues environ depuis quarante-huit heures. Madame Paulin, sage-femme, était auprès d'elle, et nous assura que depuis trois jours qu'elle avait été app-lée la tête du fœtus n'avait pas varié de position. M. Jobert ayant déjà reconnu à l'avance le vice de conformation du bassin, m'engagea à vouloir bien m'en assurer moi-même. Je trouvai la tête de l'enfant au-dessus du détroit abdominal, l'occiput tourné vers la fosse iliaque droite, et la face vers la fosse iliaque gauche, l'oreille droite appliquée sur l'angle sacro-vertébral et l'oreille gauche sur le pubis. Les pariétaux seuls s'étaient engagés à travers le détroit abdominal, et faisaient une légère saillie dans l'excavation du bassin; l'ouverture de l'utérus pouvait avoir deux pouces de diamètre. La femme présentait un double vice de conformation, qui consiste dans une saillie très forte de l'angle sacro-vertébral et un défaut de courbure du pubis, tels que le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal était vicié d'un pouce, et le diamètre iliaque du même côté agrandi d'autant. Nous pensâmes, M. Jobert et moi, qu'il fallait faire la version; mais comme la-tête ne paraissait pas très volumineuse, nous espérâmes pouvoir la dégager à l'aide du forceps; cet instrument fut appliqué. Au moment où M. le docteur Jobert faisait des tractions, *le fœtus poussa des cris distincts à plusieurs reprises* pendant une douzaine de secondes, de manière à être entendu de tous les assistants; mais la tête restant enclavée, malgré les efforts exercés sur elle au moyen du forceps, on fut obligé de cesser

cette manœuvre. Nous nous entretenions sur la nécessité de faire la version de l'enfant, lorsque de nouveaux cris *aussi distincts que les précédents* se firent entendre, cris qui ne purent avoir lieu qu'à l'aide de plusieurs inspirations. Enfin lorsque j'introduisis la main pour aller chercher les pieds, au moment où elle glissait sur l'épaule gauche, le fœtus pour la troisième fois *poussa des cris moins longs que les premiers*, mais cependant assez forts pour être entendus de toutes les personnes présentes. L'accouchement se termina avec beaucoup de difficulté, et l'enfant ne respirait point à sa sortie de l'utérus; mais comme les battements du cœur étaient assez forts, nous essayâmes divers moyens pour le rappeler à la vie, et je lui insufflai de l'air dans les poumons. Nos tentatives furent infructueuses, au bout de quelques minutes la circulation avait cessé. (MARC, *Dict. de Méd.* en 18 vol., art. INFANTICIDE.)

Analysons le phénomène pour juger le degré de confiance que l'on peut accorder à ces observations. Pour jeter un cri, il faut le concours des parois musculeuses de la poitrine et d'une plus ou moins grande quantité d'air contenue *dans la trachée*. Sans ces deux conditions, pas de son possible. La question se résout donc dans les deux propositions suivantes : L'enfant encore contenu dans le sein de la mère peut-il exercer des mouvements de dilatation et de resserrement de la poitrine? L'enfant placé dans les mêmes circonstances peut-il inspirer de l'air? La première proposition se trouve résolue par ce fait que Béclard ayant ouvert le ventre de femelles pleines, et incisé l'utérus sans toucher aux membranes, a remarqué simultanément la dilatation des narines et l'élévation du thorax. Le fœtus exécute donc dans le sein de la mère une inspiration ; et en effet, pourquoi pendant toute la durée de la grossesse les muscles de la poitrine, dont l'action est indispensable à la vie de l'enfant lors de sa naissance, resteraient-ils complétement inactifs, quand ceux de tout le reste du corps, dont l'exercice est beaucoup moins nécessaire, seraient constamment mis en action? L'enfant contenu dans les membranes inspire-t-il de l'eau? Cela est possible, car souvent cette eau de l'amnios, restée dans la trachée, devient la cause de l'asphyxie de l'enfant à sa naissance. Mais alors pourquoi cette eau ne pénètre-t-elle pas dans le tissu pulmonaire? La réponse à cette objection est fort simple : c'est que l'action musculaire étant fort restreinte, ne permet pas une dilatation de la poitrine capable d'opérer dans sa cavité un vide suffisant ; d'ailleurs cette eau pourrait-elle

distendre le parenchyme pulmonaire? Cela n'est pas probable, l'ouverture des vésicules n'étant probablement perméable qu'à l'air. A la naissance, au contraire, la stimulation opérée par un changement de milieu détermine une action plus vive des muscles, et par suite une ampliation plus considérable. Certes, je ne donne ce commentaire que comme l'expression d'un raisonnement, mais ce raisonnement ne me paraît pas dépasser les limites du vraisemblable.

Discutons maintenant dans le sens de la seconde proposition : l'enfant encore contenu dans le sein de la mère peut-il être placé dans des conditions telles qu'il puisse inspirer de l'air? Ici il faut supposer trois cas possibles : 1° L'enfant est encore enfermé dans ses membranes. Si des auteurs ont admis la possibilité du fait dans cette circonstance, en se fondant sur ce que le poulet crie quand il est encore contenu dans sa coque, nous ne les imiterons pas; la comparaison est inexacte, puisque une enveloppe aussi éminemment poreuse que celle de l'œuf peut très bien permettre l'introduction de l'air, et l'art de conserver les œufs frais est entièrement basé sur ce principe. On sait qu'il suffit d'enduire leur surface d'une légère couche d'huile pour les préserver de toute altération dépendante de l'introduction de l'air. 2° L'enfant est placé au détroit supérieur du bassin, les enveloppes sont rompues. Ici nous pensons que le vagissement utérin est possible, alors que le toucher s'exerce ou qu'il a été exercé, ce qui a permis l'introduction d'une certaine quantité d'air dans les parties génitales. Certes tous les touchers ne produiraient pas le même effet; mais il est certaines dispositions de la main et des doigts qui peuvent amener ce résultat, à plus forte raison si nous parlons de manœuvres d'accouchement. 3° L'enfant présente à la vulve les narines et la bouche. Ici l'introduction de l'air est beaucoup plus facile, et nous ferons observer que si le vagissement est si rare, c'est que l'enfant est ordinairement tellement comprimé, qu'il ne peut probablement pas exécuter d'efforts inspiratoires.

Billard a fourni sur le cri de l'enfant des données qu'il est important de reproduire et qui sont d'une application directe aux cas dont il s'agit. Il est facile d'y reconnaître deux parties distinctes : 1° le cri proprement dit, très sonore et très

prolongé, se fait entendre pendant l'expiration, cesse et commence avec elle, et résulte de l'expulsion de l'air à travers la glotte ; il suppose que l'air a pénétré dans les poumons, et par conséquent que la respiration a été complète ; 2° un bruit plus court, plus aigu, quelquefois moins perceptible que le cri, variant depuis le bruit d'un vent de soufflet jusqu'au chant aigu d'un jeune coq, et qui est le résultat de l'inspiration. C'est une sorte de *reprise* entre le cri qui vient de finir et celui qui va commencer. L'enfant dans les poumons duquel *l'air ne pénètrera pas*, mais dont il se bornera à traverser la glotte pendant l'inspiration, ne jettera aucun cri ; *il ne fera entendre que la reprise*, qui, pour l'ordinaire, sera aiguë et par moment étouffée ; et si après sa mort on examine les poumons, on verra qu'ils n'ont pas respiré une quantité d'air appréciable. Le médecin chargé de faire un rapport sur la viabilité ne saurait trop s'attacher à distinguer ces deux sortes de cris.

La distinction établie par Billard entre le cri et la reprise nous paraît fondée. La théorie du bruit de la reprise dans le cas où l'enfant a respiré nous semble très rationnelle, et voici comment nous nous l'expliquons. L'enfant qui a jeté un cri fort et prolongé y a consommé tout l'air qui était contenu dans sa poitrine ; le besoin de la respiration se fait sentir avec énergie, et l'aspiration ayant lieu avec une grande vitesse, on conçoit la formation d'un son à travers la glotte. Mais en est-il de même à l'égard des enfants chez lesquels la respiration ne s'effectue que par les bronches? Il nous semble, dans ce cas, beaucoup plus facile d'expliquer le cri qu'ils peuvent produire, par l'expulsion de l'air que par son inspiration. En effet, on ne peut nier que la production des sons ne s'effectue beaucoup plus facilement de bas en haut que de haut en bas ; qu'il faille, pour les faire naître, un volume d'air beaucoup moins considérable quand il est employé de bas en haut ; aussi je suis porté à croire que dans ces sortes de cas c'est un cri faible et analogue à celui de la reprise qui s'effectue ; mais je crois qu'il se produit pendant l'expulsion de l'air, et non pas pendant l'inspiration.

La conséquence que l'on serait en droit de tirer de notre manière de voir sur la réalité du vagissement utérin, c'est que les

expériences de docimasie hydrostatique qui permettent de conclure à l'existence de la respiration, ne prouvent pas dans certains cas que l'enfant ait vécu après être sorti du sein de la mère. Quelques médecins pourraient aller plus loin et dire : ne prouvent *jamais*, etc. Il est facile de faire sentir que le vagissement utérin ne conduit pas à cette conséquence. D'abord les poumons des enfants qui ont fait entendre ces cris n'ont jamais été examinés, et par conséquent on ignore dans quel état ils peuvent être. On ne sait pas si l'air a pénétré jusque dans le tissu pulmonaire, ou si seulement, comme cela est plus probable, il était contenu dans la trachée et dans les principales divisions des bronches, ainsi que tendent à le démontrer les observations suivantes de Billard.

Trois enfants jumeaux, nés à trois heures dans la nuit du 21 octobre 1826, sont apportés aussitôt à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris : l'un a quatorze pouces, l'autre treize, le troisième douze. Malgré la petitesse de leur taille et la forme grêle de leurs membres et de leur corps, on peut juger, d'après la consistance cornée de leurs ongles, la longueur de leurs cheveux, etc., que ces enfants sont venus *à peu près à terme*. Le plus petit d'entre eux, du sexe féminin, est remarquable par la lenteur des mouvements, l'état d'affaissement dans lequel il se trouve, et la nature particulière de son cri, qui ne consiste qu'en un hoquet pénible et étouffé ; il est aisé de s'assurer que *la reprise* seule se fait entendre, et qu'elle est entrecoupée, aiguë et pénible. La poitrine s'élève et s'abaisse assez régulièrement, mais elle rend dans toute son étendue un son mat à la percussion, et l'application du stéthoscope ne fait nullement entendre la respiration. Le pouls est d'une petitesse extrême, on ne peut le sentir au bras, mais à l'aide du stéthoscope on compte cinquante battements du cœur par minute. On fait boire à l'enfant quelques cuillerées d'eau sucrée, on le tient chaudement ; on fait snr les parois de la poitrine quelques frictions sèches. Malgré ces soins, l'enfant meurt à onze heures du matin, *huit heures* après la naissance. L'ouverture du cadavre est faite le lendemain à huit heures du matin. Le cordon ombilical est très mou. On lie la trachée-artère au-dessous du larynx ; les poumons et le cœur sont plongés ensemble dans l'eau, ils se précipitent rapidement au fond ; les deux poumons détachés séparément s'y précipitent également ; cependant leur tissu n'est pas engorgé, le droit seulement offre à son bord postérieur une légère congestion sanguine ; chaque lobe des deux poumons est séparé et plongé dans l'eau, ils se précipitent tous avec une égale vitesse. On les coupe en plusieurs fragments, et ces fragments sont mis en un véritable *hachis* et plongés ensuite dans le liquide. *Toutes ces parcelles pulmonaires tombent au fond du vase* aussi précipitamment que si c'eût été des fragments de rate ou de foie. Le cœur et les gros vaisseaux sont gorgés de sang : les ouvertures fœtales sont encore parfaitement libres.

(Il est difficile de voir dans cette observation un état normal

des poumons, et de considérer la faiblesse de naissance comme la cause de l'absence de la respiration dans le parenchyme pulmonaire. Le tissu des poumons, quelque faible qu'il soit, ne se réduit pas en hachis par la pression ; nous croyons plutôt à une hépatisation rouge. Les expériences docimasiques, ou sont mal rendues, ou ont été mal faites, car on ne doit pas réduire en *hachis* la substance des poumons. Toutefois, dans ce cas, la respiration n'a-t-elle pas été limitée aux tuyaux bronchiques, sans que l'air soit arrivé jusqu'aux vésicules pulmonaires? Cela est presque certain, et cependant l'enfant *a jeté des cris.*)

Ensuite, lorsque la respiration s'établit à l'air libre chez un enfant faible, il ne suffit pas de quelques inspirations pour distendre toute la masse des poumons, mais il faut une série d'inspirations successives et un certain laps de temps écoulé. Ce qui le prouve, c'est que rien n'est plus fréquent que de voir des enfants vivre, respirer pendant un temps assez long, puis mourir, et chez lesquels le sommet et le bord antérieur des poumons sont seulement pénétrés d'air. Or, dans quels cas affirme-t-on qu'un enfant a vécu, en basant son affirmation sur l'état des poumons? dans celui où la respiration a été complète, où la totalité du parenchyme pulmonaire a été remplie d'air. Si au contraire une portion des poumons offre seule les caractères de la respiration, on se borne à dire qu'il y a tout lieu de penser que l'enfant a respiré, mais qu'il n'a pas vécu assez de temps pour que la respiration ait pu s'opérer complétement. On voit que cette objection : l'enfant peut avoir respiré et n'être pas né vivant, repose encore sur des données trop peu certaines pour que l'on puisse y attacher une grande valeur ; qu'elle est principalement fondée sur le vagissement utérin, qui ne peut être nié, mais dont nous ne connaissons pas les résultats, et dont on se rend facilement compte par une respiration qui aurait seulement lieu dans les ramifications des bronches et non pas dans le parenchyme pulmonaire.

En résumé, que l'enfant respire dans la matrice, pendant qu'il est au passage, ou quand il est sorti des parties génitales, le résultat est le même pour les phénomènes qui s'opèrent dans le parenchyme pulmonaire; seulement, dans les deux premiers cas, on ne connaît pas d'exemples où la respiration ait

pu être complète. La docimasie hydrostatique ne peut pas servir à reconnaître dans quel moment la respiration a eu lieu. C'est au médecin à apprécier, d'après les circonstances coïncidantes et l'étendue de la respiration dans les organes pulmonaires, jusqu'à quel point cet acte a pu être accompli avec plus ou moins de perfection, à faire sentir ces nuances dans son rapport, et par cela même à pressentir la possibilité qu'un pareil état n'indique pas d'une manière certaine qu'un enfant a vécu après sa sortie du sein de la mère.

Deuxième. — *Le nouveau-né peut avoir respiré et ses poumons ne pas nager.* Cette objection est basée sur ce fait, que des poumons peuvent être malades, et que l'afflux de sang ou d'humeur dont ils sont le siége les rend plus denses que l'eau; mais déjà, en parlant de *l'immersion* dans l'eau à l'occasion de la docimasie de Galien, nous avons fait connaître ces diverses maladies. Lors même que l'on ne reconnaîtrait pas que la respiration a eu lieu, ce qui est possible, on serait conduit à admettre que l'enfant n'a pas vécu, et cette conclusion ne pourrait être préjudiciable à l'accusée.

Troisième. — *En supposant même que le fœtus n'a pas respiré, il ne s'ensuit pas qu'il n'ait pas vécu.* Cette proposition est vraie, mais elle ne saurait pas être une objection à la docimasie hydrostatique; celle-ci n'a pour objet que de déterminer si l'enfant a ou n'a pas respiré; si l'enfant peut vivre sans respirer, c'est dans un autre ordre de recherches qu'il faut aller chercher la preuve de la vie.

EXAMEN DES ORGANES DE LA CIRCULATION.

Sous ce titre se trouvent compris les changements que le cœur, le canal artériel, les artères, les veines ombilicales et le cordon ombilical peuvent éprouver par le fait de la respiration. Nous les avons fait connaître à l'article DÉTERMINATION DE L'AGE (*voyez* p. 555); nous n'y reviendrons pas, car il est évident que si l'on trouve sur l'enfant des indices de vie pendant deux, trois ou quatre jours, il n'est même plus besoin de s'enquérir de recherches propres à constater l'existence de la respiration par les épreuves hydrostatiques.

Le docteur Bernt a indiqué, comme caractère infaillible de

la respiration, le dégorgement sanguin, considérable et rapide, que le foie éprouve par le fait de la respiration; ce dégorgement diminuerait tellement le poids de ce viscère, et ses rapports de pesanteur avec le corps entier donneraient, chez le fœtus qui a respiré, des proportions si différentes de celles que l'on obtient en agissant sur des fœtus mort-nés, qu'elles ne pourraient jamais induire en erreur. Mais M. Orfila a dressé le tableau suivant avec vingt-deux observations d'enfants à terme, prises dans les dissertations des docteurs Eisenstein et Zébisch, publiées sous la présidence du docteur Bernt, tableau qui démontre que ce caractère est presque de nulle valeur; car la moyenne des calculs que nous avons ajoutée, afin de faire mieux ressortir les résultats, donne un chiffre plus fort pour les enfants qui ont respiré imparfaitement, ce qui devrait être l'inverse. Le chiffre est plus faible, il est vrai, pour les enfants qui ont respiré parfaitement; mais si d'une moyenne on descend aux cas particuliers, on trouvera des variations tellement grandes, que ce caractère ne peut pas établir un point de départ certain pour résoudre la question.

MORT avant ou après LA NAISSANCE.	POIDS DU CORPS.			POIDS DU FOIE.			RAPPORT entre LE POIDS DU CORPS et CELUI DU FOIE.	
	liv.	onc.	gros.	onc.	gros.	grains.		
Mort-né	6	2	»	4	»	70	24	Moyenne, 19
Id.	5	»	»	4	2	46	18	
Id.	5	6	»	5	1	15	19	
Id.	5	13	4	4	5	48	21	
Id.	6	»	»	6	»	60	15 ½	
Id.	6	2	2 ½	5	5	70	17	
Ayant à peine respiré	4	12	»	4	»	»	19	Moyenne, 19 $\frac{5}{6}$
Id.	5	14	4	4	6	24	20	
Id.	5	15	4	5	6	18	16 ½	
Id.	5	13	4	3	1	52	29	
Id.	4	6	»	3	6	18	19	
Id.	5	7	»	5	»	2	16	
Ayant respiré parfaitement.	4	12	4	3	3	60	22	Moyenne, 17 $\frac{5}{6}$
Id.	5	»	4	8	1	1 ½	10	
Id.	4	25	»	4	»	11	19 ½	
Id.	5	13	4	4	3	13	21	
Id.	5	4	»	3	4	33	23 ½	
Id.	6	8	6	6	2	71	16 ¼	
Id.	7	11	»	9	4	61	13	
Id.	5	10	4	5	6	35	15 ½	

EXAMEN DES ORGANES DE LA DIGESTION.

L'enfant expulse le méconium dans les premières heures de la vie, et en général, au plus tard, dans les premières vingt-quatre heures. Cette éjection ne peut être que partielle si la respiration ne s'effectue pas. (Il n'est pas rare de voir une partie du méconium s'échapper de l'anus des enfants qui n'ont pas vécu.) L'absence du méconium dans le gros intestin devient donc un des indices de la respiration. Son existence dans la partie inférieure du canal intestinal ne prouve pas que la respiration n'ait pas eu lieu ; mais plus le méconium occupe une portion d'intestin éloignée de l'anus, plus cette situation tend à appuyer les présomptions d'absence de respiration. Relativement à l'expulsion du méconium et à la coloration qu'il laisse, nous renvoyons à la page 552 pour les inductions que l'on peut en tirer sous le rapport de la vie. Ce que nous venons de dire du méconium peut aussi s'entendre de la présence du liquide que renferme la vessie ou de son expulsion.

Résumé des moyens proposés pour résoudre la question de savoir si l'enfant a ou n'a pas respiré.

On a pu voir par les détails dans lesquels nous sommes entrés à cet égard : 1° que la *voussure* du thorax et la mesure de la *hauteur* du diaphragme ne pouvaient conduire à des résultats certains ; qu'elles ne servaient tout au plus qu'à établir des présomptions sur l'existence ou sur l'absence de la respiration ;

2° Que par rapport au cœur, l'oblitération du trou de Botal prouvait, à n'en pas douter, que la respiration avait eu lieu, mais que cette oblitération ne survenait dans la très petite proportion des cas que le deuxième jour, et le crime d'infanticide étant commis le plus souvent immédiatement ou peu de temps après la naissance, cette donnée ne devenait que d'une application fort rare à la question qui nous occupe ;

3° Qu'il en était de même à l'égard du canal artériel de la veine ombilicale et des artères ombilicales ; que cependant l'oblitération des artères, commençant constamment dès le

second jour, ce caractère devenait d'une application plus fréquente ;

4° Que la flétrissure du corps ayant lieu dans les premières vingt-quatre heures, ce phénomène prenait par ce fait une certaine importance comme preuve de la respiration, lorsqu'il était bien reconnu qu'il ne s'était pas opéré après la mort ;

5° Que la chute commençante du cordon était une preuve décisive à cet égard, mais qu'elle n'avait lieu que du troisième au quatrième jour ;

6° Que le volume, la situation, la couleur des poumons et la texture du tissu pulmonaire pouvaient fournir à un expert habitué à l'exploration de ces organes des indices, le plus souvent certains, de l'existence ou de l'absence de la respiration ; mais qu'il ne pouvait en être de même pour le médecin qui n'aurait pas fait une étude spéciale de l'état physique de ces organes ;

7° Que la méthode de Ploucquet, qui est basée sur l'augmentation de poids des poumons par le fait de la respiration, augmentation qui est appréciée en comparant le poids des poumons à celui du corps, ne pouvait jamais être une preuve que l'enfant ait ou n'ait pas respiré ; mais qu'elle pouvait devenir un indice ;

8° Que des trois méthodes hydrostatiques proposées par Galien, Daniel et Bernt, la première conduisait aux résultats les plus certains ;

9° Que la méthode de Galien ne pouvait servir qu'à démontrer si la respiration avait ou n'avait pas eu lieu ; mais que dans aucun cas elle ne saurait indiquer, ni le moment, ni le lieu où la respiration se serait opérée ;

10° Que dans certaines conditions de putréfaction ou d'altérations morbides où se trouvent parfois les poumons, elle pouvait laisser l'expert dans le doute, mais que ces cas étaient rares ;

11° Que si lors de l'existence de la putréfaction ou d'altérations morbides, l'expert était conduit à prendre une conclusion positive, il pouvait commettre une erreur ; mais que jamais cette erreur n'était préjudiciable à l'accusée, puisqu'elle portait

sur une déclaration d'absence de respiration, alors que la respiration se serait légèrement effectuée;

12° Que si, par cette méthode seule, il était difficile de distinguer la respiration de l'insufflation, à moins de tenir compte de la quantité de sang écoulé par compression du parenchyme pulmonaire, évaluation toujours fort délicate; les autres méthodes ne pouvaient conduire à un meilleur résultat;

13° Que si c'est là l'écueil de la méthode de Galien, d'une part l'examen physique du tissu pulmonaire, d'une autre part l'existence des apparences d'une respiration fort incomplète et la circonstance d'une simulation d'un corps de délit d'infanticide, simulation qui n'a pas encore été observée jusqu'à présent, diminuent singulièrement la portée de cette lacune dans la méthode de Galien;

14° Enfin, qu'en matière d'infanticide, il ne suffit pas, pour caractériser un corps de délit, que la respiration ait été opérée, il faut encore qu'une cause criminelle de mort existe, et qu'elle ne saurait exister là où la simulation d'infanticide aurait été opérée après la mort, à moins que ce ne soit au moment même de la mort. Or, on peut faire beaucoup de suppositions à cet égard, mais il est douteux qu'elles se réalisent jamais de manière à tromper un observateur attentif.

D'où il résulte que si les faits ainsi envisagés isolément n'ont pas une valeur telle qu'ils puissent résoudre la question de l'existence ou de l'absence de la respiration, on peut arriver d'une manière sûre à la solution de cette question dans un grand nombre de cas, en groupant les données utiles que l'exploration des divers organes peut fournir. On en trouve la preuve dans les rapports nombreux que nous avons insérés à la fin de ce chapitre. Nous allons résumer ici l'ensemble des principales circonstances qui peuvent conduire à ce résultat positif.

1° Il est facile de reconnaître *qu'un enfant n'a pas respiré :*

Lorsque les poumons offrent un volume peu considérable, *que leur couleur est analogue à celle du foie d'un adulte; qu'ils ont une texture dense, compacte et lobuleuse;*

Qu'ils ne constituent, terme moyen, que la soixante et unième partie du corps;

Que, plongés dans l'eau, *ils immergent en masse et en fragments*, à moins qu'ils ne soient putréfiés ou emphysémateux ; et dans ce cas, la docimasie hydrostatique simple fournit un moyen d'apprécier cette surnatation artificielle ;

Que le cordon ombilical est encore frais, ou tout au plus desséché ; mais qu'il n'existe aucun travail à l'anneau ou dans les artères ombilicales, qui puisse donner à penser que la vie se soit entretenue pendant plusieurs heures après la naissance ;

Que le méconium est encore contenu dans le gros intestin ou qu'il en est expulsé en partie.

Le seul cas qui pourrait offrir des doutes est celui où un enfant serait venu au monde avec une hépatisation commençante des poumons, aurait vécu pendant un certain temps, et aurait succombé avec une hépatisation complète de leur tissu.

Mais, dans ces circonstances, il est rare que quelques portions des poumons ne reviennent pas à la surface de l'eau après avoir été exprimées, parce que, dans la supposition que nous établissons ici, la vie n'a pas pu s'entretenir sans qu'une partie du parenchyme pulmonaire n'ait été pénétrée par de l'air ; et d'ailleurs, quand l'erreur serait commise, elle ne pourrait être que favorable à l'accusé. Ajoutons que la maladie des poumons peut être constatée par l'expert.

2° La dessiccation du cordon, *certainement opérée pendant la vie*. Son détachement membraneux de l'anneau ombilical, par suite d'un travail inflammatoire ; l'augmentation des parois avec rétrécissement capillaire du canal des artères ombilicales, soit dans une partie, soit dans la totalité du trajet de ces artères, sont *autant* de circonstances qui démontrent chacune que l'enfant a respiré.

3° Il est toujours possible de conclure que *l'enfant a respiré* lorsque :

La voussure du thorax est très marquée, et que le diaphragme paraît avoir été abaissé ;

Que les poumons sont volumineux, recouvrent la presque totalité du péricarde, et semblent bien remplir la cavité de la poitrine ;

Que toutes les cellules pulmonaires sont distendues par de

l'air, et qu'on découvre à leur surface une foule de vaisseaux capillaires qui donnent à ces organes l'aspect d'une marbrure rosée à fond blanc;

Que les poumons, plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, surnagent même dans de l'eau chaude; qu'il en est de même de tous les fragments, quoiqu'ils aient été fortement comprimés sous l'eau, entre les doigts;

Qu'il n'existe plus de méconium dans le gros intestin;

Et à plus forte raison, si l'on observe dans l'état du cordon, de l'anneau et des artères ombilicales, des traces d'un changement qui ne peut s'opérer que pendant la vie.

4° Il est souvent possible de conclure que la respiration a été *incomplète* avec cette restriction : *à moins qu'il ne soit reconnu que l'insufflation a été pratiquée.*

Si la voussure du thorax est peu marquée;

Si les poumons ne paraissent pas remplir la totalité de la poitrine; qu'une portion de leur tissu offre l'aspect et la texture du foie de l'adulte, tandis que, dans l'autre, les vésicules pulmonaires sont injectées par de l'air, ainsi que les vaisseaux capillaires;

Que, plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, *ils immergent ou surnagent*, mais que partie de leurs fragments va au fond du liquide, tandis que d'autres vont à la surface, quoiqu'ils aient été fortement exprimés sous l'eau;

Que leur poids, comparé à celui du corps, ne donne aucun indice;

Que l'on ne trouve dans le cordon, l'anneau, les artères ombilicales et le gros intestin, aucune des preuves de l'existence de la vie pendant plusieurs heures.

Il est des cas où le médecin ne doit conclure qu'avec la plus grande circonspection, et déclarer même l'impossibilité où il se trouve de prendre quelquefois des conclusions. Ce sont ceux où la putréfaction des poumons est tellement avancée, que l'inspection extérieure de ces organes et les expériences docimasiques laissent dans le plus grand doute, et ceux où il existe dans les poumons des altérations d'organes telles, que l'état pathologique vient modifier les résultats que l'on pourrait obtenir

si l'on avait affaire à l'état normal. (*Voyez* le rapport n° 10, à la fin du chapitre.)

Nous n'avons à dessein pris aucune conclusion qui entraînât avec elle l'idée d'infanticide. La preuve de la respiration est une des conditions qui coïncident le plus souvent avec ce crime, mais elle ne démontre pas qu'il ait été commis.

Qu'il y a loin de ces notions précises à cette époque où les condamnations les plus graves reposaient sur des documents si incomplets et si peu concluants!

Jeanne Ribès est condamnée à mort par ses premiers juges, pour avoir enseveli clandestinement son enfant. Le parlement de Toulouse la met hors de cause, parce qu'il résultait du procès-verbal des médecins et chirurgiens, 1° que l'enfant n'était pas venu à terme; 2° que d'après les expériences des poumons il était né sans vie; 3° parce qu'il paraissait que l'acccouchement avait été pénible et laborieux. (*Causes célèbres*, XXV, *cause* 232.) En 1775, la veuve Dorreau est condamnée à mort, pour avoir celé sa grossesse, être accouchée secrètement et avoir caché son enfant dans son grenier. Le parlement de Grenoble, considérant qu'il n'était point spécifié dans le rapport du chirurgien que l'enfant *fût né vivant*, annula la sentence de mort, et condamna seulement la veuve, pour avoir celé sa grossesse et son accouchement, à 10 livres d'amende et au bannissement pendant dix ans hors de son ressort. (*Causes célèbres*, VIII, *cause* 88.)

Le 21 ventôse an VII, Marguerite Granger accoucha dans son lit, sans aucun secours, d'un enfant, qu'elle annonce n'avoir poussé aucun cri au moment de sa naissance et n'avoir donné aucun signe de vie; elle laissa son enfant dans le lit, où il fut trouvé mort. Le rapport d'un médecin et d'un chirurgien constate que pour s'assurer davantage si l'enfant était vivant en venant au monde, ils ont ouvert la poitrine, à l'inspection de laquelle ils s'étaient convaincus que le poumon avait été dilaté et gonflé par l'air extérieur, ce qui prouvait que l'enfant était né vivant. En conséquence de ce rapport, Marguerite Granger est condamnée à mort par le tribunal du département de l'Yonne. Renvoi par la

Cour de cassation au tribunal du département de l'Aube. Consultations de MM. Fodéré, Bourdois et Baudelocque, ainsi que de six médecins et trois chirurgiens de Troyes, qui déclarent qu'il n'existe pas de preuves que l'enfant fût né vivant. La fille Granger est acquittée par le jury. (Foderé, *Méd. lég.*, IV, 465.)

DES MOYENS DE RECONNAÎTRE SI L'ENFANT EST NÉ VIVANT QUOIQU'IL N'AIT PAS RESPIRÉ.

Bonh (*Traductus de officio medic. forense* 667) a été témoin oculaire des faits suivants : deux mères qui avaient eu deux filles d'un commerce illicite les enterrent profondément, et leur crime ayant été découvert par un hasard singulier, les deux enfants furent exhumés vivants au bout de quelques heures, d'où ils passèrent entre les mains de Bonh. En 1719 une fille fut enterrée au moment de sa naissance par sa mère, et exhumée vivante quelques heures après. Gavard (*Splanch.*, n° 609, p. 280) rapporte l'exemple de parents qui après avoir enveloppé dans plusieurs linges leur fille qui venait de naître, l'enfoncèrent dans un tas de paille. Elle en fut retirée vivante sept heures après.

Bonh a vu des petits chiens nés vivants, vivre long-temps sans respirer, puisqu'on leur avait serré la trachée-artère. Buffon a fait mettre des chiennes dans de l'eau tiède, à l'instant où elles mettaient bas; les petits, après être restés plusieurs jours dans l'eau, ont vécu.

L'enfant de la femme sauvé par Rigaudeaux (*voy.* p. 138), resta trois heures sans donner signe de vie, et au bout de ce temps il vivait et criait aussi fortement que l'enfant le mieux constitué.

Tous les jours les accoucheurs sont témoins de faits analogues; des enfants naissent et paraissent privés de vie; ils restent un temps assez long dans cet état, puis ils respirent, stimulés qu'ils sont par les soins assidus dont ils sont l'objet. Telle est la position de ces nouveaux-nés nombreux, dont les organes sont gorgés de sang, et chez lesquels la respiration ne s'établit qu'après plusieurs minutes, et souvent après un temps plus long. Tel est encore le cas d'un enfant qui naît après un accou-

chement pendant lequel la mère est tombée en syncope, et où la circulation a été suspendue pendant un laps de temps plus ou moins considérable. Nous citerons aussi l'accouchement entraînant une anémie de l'enfant par l'hémorrhagie qui a eu lieu ; il en sera de même de la faiblesse congéniale du nouveau-né (nous en avons rapporté plusieurs exemples à l'occasion du vagissement utérin et de la mort naturelle de l'enfant), et de l'engouement des voies aériennes par des mucosités ou par la liqueur de l'amnios. — On a encore supposé la circonstance où une femme accoucherait dans un bain, et maintiendrait son enfant sous l'eau jusqu'à la mort ; supposition peu admissible à cause de la difficulté de se procurer les moyens de mettre un pareil mode de crime à exécution.

Il n'est dont pas douteux qu'un enfant puisse vivre pendant un certain laps de temps sans respirer, et qu'une mère ne puisse porter sur lui sa main homicide durant cette période de temps. Est-il donc possible de rechercher ailleurs que dans les poumons la preuve de la vie ? Nul doute à cet égard.

Une question à peu près analogue nous fut adressée à la Cour d'assises par un avocat-général. « En médecine légale, nous dit-il, vivre c'est respirer, et par conséquent, comme médecin légiste, vous ne pouvez conclure à la vie de l'enfant après l'accouchement qu'autant que vous avez constaté les preuves de l'existence de la respiration ; *mais les jurés ne peuvent-ils pas aller puiser ailleurs que dans la respiration les preuves de la vie ?* » Nous crûmes devoir faire observer que cette question n'était pas de notre compétence ; en effet, la loi se bornant à demander au juré s'il est convaincu, sans s'enquérir des preuves de sa conviction, la question se trouve résolue positivement par le texte même de la loi.

Dans tous les faits que nous venons de citer, il faudrait aller chercher les preuves de la vie dans les désordres matériels résultant des blessures et violences faites à l'enfant. Il est quelques cas où ces désordres sont tellement prononcés, qu'il est difficile de ne pas croire qu'ils aient eu lieu pendant la vie ; ces cas sont rares, mais enfin il n'est pas impossible de les rencontrer. Supposons, en effet, qu'il soit constaté qu'un en-

fant est né à terme et que la respiration n'a pas été établie, mais qu'il présente une ecchymose considérable au cuir chevelu avec *coagulation du sang;* une fracture à l'un des os du crâne; une déchirure à la dure-mère correspondant à la fracture; un épanchement de sang à la surface du cerveau; plusieurs déchirures au foie, avec épanchement de sang dans la cavité du péritoine, sang en partie liquide, *en partie coagulé;* j'avoue qu'alors il me serait difficile de ne pas élever de grandes présomptions, si ce n'est même une certitude, en faveur de la vie de l'enfant, au moment où le crime a été commis. Il faut ici établir une distinction; ces faits prouvent que les lésions ont été faites pendant que l'enfant était vivant, mais elles ne prouvent pas qu'elles aient été faites après la *sortie* de l'enfant *né vivant.* C'est dans ce genre de considérations qu'il faut puiser des documents à ce sujet; mais il faut y puiser avec beaucoup de réserve, et avoir présentes à l'esprit les lésions que l'on peut produire sur un enfant ou sur un adulte après la mort, lésions que nous ferons connaître par la suite. Nous avons rapporté, pages 528 et 529, des faits qui viennent à l'appui de ces assertions; mais nous ne saurions trop recommander aux médecins d'apporter la plus grande attention dans leurs observations et la plus grande réserve dans leurs conclusions.

III. En supposant que l'enfant soit né vivant, combien de temps a-t-il vécu?

La solution de cette question est entièrement basée sur les changements que la vie extra-utérine apporte dans les organes de la respiration, dans ceux de la circulation et dans ceux de la digestion. L'expert devra donc consulter toutes les données que nous avons exposées page 552 et suivantes, à l'occasion de la détermination de l'âge, depuis la naissance jusqu'au quarante-cinquième jour, et aussi les changements que la respiration peut apporter dans le tissu même des poumons, afin de juger, par la respiration complète ou incomplète, de la durée approximative de la vie de l'enfant. Toutefois, ce point de départ pourra souvent placer l'expert dans le doute; il aura tou-

jours à se demander combien il faut de temps pour que l'air vienne pénétrer la totalité du tissu des poumons. La solution de cette question est soumise à trop de circonstances différentes pour pouvoir être résolue en thèse générale. Nul doute que, chez un enfant très fort, bien constitué, qui n'a pas souffert pendant le travail de l'accouchement, et qui, une fois sorti du sein de la mère, est exposé à l'air dans toutes les conditions favorables à la respiration, il suffira de quelques minutes pour que la respiration soit complète. Mais, entre ces conditions favorables et celles dans lesquelles se trouve placé un enfant délicat, qui a souffert pendant le travail de l'accouchement, qui une fois exposé à l'air a besoin de soins propres à stimuler la contraction des muscles inspirateurs, il y a des nuances infinies que l'on ne peut pas prévoir : ici c'est un enfant exsangue, par suite d'une perte survenue ; là, un enfant dans un état d'asphyxie par le fait d'un engorgement du système circulatoire ; ailleurs un enfant venu au monde dans un état de syncope ; dans un autre cas, il a été laissé, pendant un certain temps, la face baignant dans le sang et les eaux de l'amnios ; ou bien il est né avec le cordon ombilical placé autour du cou, etc., etc. C'est donc principalement en ayant égard à toutes ces circonstances que le médecin pourrait arriver à la solution de la question, solution qui aura rarement pour base des documents d'une grande valeur.

IV. Si l'enfant a vécu, depuis combien de temps la mort est-elle survenue ?

L'étude des phénomènes cadavériques que nous avons tracés au commencement de ce volume, en ayant principalement égard à l'adulte, sont en grande partie applicables à l'enfant nouveau-né. Les phénomènes qui suivent immédiatement la mort, tels que l'extinction de la chaleur, la rigidité cadavérique, l'absence de contractions sous l'influence du fluide électrique et le ramollissement des tissus sont les mêmes. Leur succession a-t-elle une marche plus rapide, c'est ce que l'on ignore ; toujours est-il que j'ai vu la rigidité très intense en général chez les enfants nouveau-nés, et qu'elle m'a paru se

prolonger au moins aussi long-temps que chez l'adulte. — Eu égard aux phénomènes qui constituent la putréfaction proprement dite, on peut établir en thèse générale que, toutes circonstances égales d'ailleurs, la décomposition putride suit une marche plus prompte; mais il reste beaucoup à faire sur cette matière. Néanmoins, afin d'éclairer ce sujet en tant que le permet l'état actuel de la science, nous rapporterons quelques expériences qui ont été faites par M. Orfila, aidé de MM. Gerdy et Hennelle. Ces expériences portent le plus souvent sur des portions de fœtus; aussi nous paraissent-elles pouvoir conduire à des résultats incertains lorsqu'il s'agira de fœtus entiers; car il y a une grande différence dans la marche de la putréfaction qui a lieu sur un sujet intact, et celle qui s'opère sur une partie de cadavre. Néanmoins, comme un enfant nouveau-né pourrait avoir été coupé par morceaux, et que l'on pourrait demander à l'expert à quelle époque on peut faire remonter la mort du sujet auquel ils appartenaient, nous allons les rapporter toutes.

Putréfaction à l'air atmosphérique. — Exp. 1re. (Fœtus entier, 6 mai 1823.) Premier jour : à partir de l'ombilic jusqu'au pubis, la couleur de la peau est verte, l'abdomen est ballonné, le thorax paraît dans l'état naturel. Deuxième jour : abdomen plus ballonné et vert dans une plus grande étendue; on voit sur chaque côté du thorax une plaque verte; la région du sternum est incolore; odeur cadavéreuse légèrement fétide. Troisième jour : la teinte est plus foncée, et s'étend un peu sur le sternum et sur les mamelons; l'abdomen est plus ballonné; l'épiderme ne se détache pas encore. Quatrième jour : odeur un peu plus fétide; couleur d'un vert brunâtre; la région du sternum n'est guère plus colorée; l'épiderme ne se détache que difficilement et par petits lambeaux. Sixième jour : on fait l'ouverture du cadavre : les intestins, l'estomac et tous les autres viscères offrent la couleur et l'odeur qu'ils auraient présentées si l'ouverture eût été faite avant cette expérience.

Exp. 2e. (Portions de fœtus; avant-bras et mains d'un fœtus mort la veille, 9 mai 1833.) Premier jour : les ongles et le pouce sont livides; il n'y a pas d'odeur. Deuxième jour : teinte violacée générale; odeur à peine sensible. Troisième jour : couleur verte, livide, notamment aux articulations; l'épiderme commence à se détacher et à être soulevé par une petite quantité de sérosité; l'odeur n'est bien manifeste que dans la plaie faite à la partie supérieure de l'avant-bras pour détacher celui-ci du bras. Quatrième jour : la teinte verte est plus prononcée; l'épiderme s'enlève en totalité; le membre exhale une odeur fétide; la plaie est sèche. Cinquième jour : les ongles sont presque noirs; la peau est tachetée de plaques brunes, violettes, vertes, roses; on remarque déjà des larves assez grosses; odeur toujours forte. Sixième jour : le ramollissement est tellement sensible, que la surface palmaire contiguë à la

table est aplatie; elle est assez humide; sa couleur est vert jaunâtre; la surface dorsale qui est en contact avec l'air est sèche, d'un rouge foncé; odeur fétide surtout dans les parties ramollies; larves plus grosses. Septième jour : les teintes verte et rouge sont peu prononcées; cette dernière annonce que la dessiccation de la portion dorsale ne tardera pas à être complète. Huitième jour : la teinte verte domine. Neuvième jour : la portion palmaire commence à se détacher; les muscles conservent leur couleur rouge; l'odeur est forte et différente de celle qui s'était manifestée dans les premiers jours. Douzième jour : la dessiccation a fait de tels progrès, que l'on ne remarque plus aucun phénomène de putréfaction.

Si au lieu d'agir ainsi on place la même partie du fœtus au-dessus d'un baquet contenant de l'eau, à quelques pouces de ce liquide, la décomposition putride marche avec beaucoup plus de rapidité, parce que la matière animale est plongée dans une atmosphère beaucoup plus humide.

Exp. 3e. L'avant-bras et la main du même fœtus ont été exposés à l'air, *après avoir été profondément incisés* dans trois endroits. La putréfaction a marché beaucoup plus rapidement, comme le prouvent les documents suivants. Premier jour : odeur légère. Deuxième jour : plaies de la face dorsale légèrement desséchées, répandant une odeur déjà fétide; ses bords sont verdâtres. Troisième jour : l'odeur de cette dernière partie est très désagréable; bords livides; les plaies de la face dorsale commencent à se dessécher, et ne répandent presque plus d'odeur. Quatrième jour : l'épiderme qui avoisine la plaie de la face palmaire se détache en totalité; on voit des larves nombreuses et déjà très grosses; les autres plaies sont desséchées. Cinquième jour : le fond de la plaie de la face palmaire est brun : l'odeur très fétide. Sixième jour : la plaie de la face palmaire est d'un gris verdâtre; les muscles sont en partie rouges; les os dénudés; les larves très volumineuses; la peau rouge et sèche; l'odeur très fétide. Septième jour : les larves sont arrivées jusqu'aux plaies de la face dorsale. Huitième jour : les muscles sont détruits; la peau enveloppe le radius et le cubitus à la manière d'une écorce sèche. Neuvième jour : on ne voit plus qu'un étui de peau desséchée rempli de larves.

Exp. 4e. *Fœtus ouvert.* — Premier jour : depuis l'ombilic jusqu'au pubis le lambeau de peau est tacheté de vert; les viscères offrent l'odeur qui leur est propre. Deuxième jour : le lambeau est uniformément vert; cette couleur s'étend jusqu'aux clavicules; la portion de viscères non recouverte se dessèche; les portions couvertes sont humides et commencent à exhaler une odeur putride. Troisième jour : le lambeau est d'un vert plus foncé; son épiderme se détache; dessiccation complète de la portion des viscères qui est en contact avec l'air; odeur plus forte de ceux qui sont recouverts; on voit un nombre prodigieux de larves. Quatrième jour : le lambeau se dessèche; les larves sont encore plus nombreuses; l'odeur est très prononcée. Cinquième jour : lambeau rongé jusqu'à la peau; celle-ci est sèche et racornie; les poumons, le cœur et le canal digestif sont presque entièrement dévorés par des larves; odeur ammoniacale très pénétrante; toutes les parties exposées à l'air sont noires. Sixième jour : la peau du ventre était détachée; les muscles abdominaux détruits et les viscères réduits à quelques lambeaux noirâtres d'une odeur excessivement fétide.

Putréfaction dans l'atmosphère d'une fosse d'aisance. — Le membre **inférieur d'un enfant à terme mort la veille est placé dans l'atmosphère**

d'une fosse, et suspendu à l'aide d'une corde de manière à pouvoir l'examiner. La cuisse et la jambe du côté opposé ont été laissées à l'air atmosphérique et placées deux pouces environ au-dessus d'un baquet rempli d'eau, afin de prévenir leur dessiccation et de rendre l'atmosphère qui les entourait aussi humide que celle du gaz de la fosse. L'expérience a été commencée le 24 juillet. — *Air atmosphérique.* Premier jour : peau d'une couleur verte, sale par parties; odeur fétide; la plaie est brune, sèche et couverte d'œufs de mouches. Troisième jour : tendance à la dessiccation; couleur plus verte; plaie couverte de larves; épiderme du pied soulevé par ces animaux; partout ailleurs il se détache facilement; ongles d'une couleur livide; légère odeur de putréfaction. Quatrième jour : les parties dépouillées d'épiderme sont brunes et sèches; les larves ont gagné l'intérieur du membre; l'odeur putride est beaucoup plus sensible. Cinquième jour : la peau est brune et sèche; l'épiderme, entièrement boursouflé, ressemble à des mucosités desséchées, et se réduit presque en poussière; les larves sont encore dans la peau, qui leur sert pour ainsi dire d'étui. Septième jour : dessiccation complète; il ne reste plus que les os dans la peau; les larves sont mortes ou tombées dans l'eau (temps 16°). Neuvième jour : *idem.*

Exp. 2e. Premier jour : peau d'un blanc sale, excepté dans quelques points où elle offre une teinte verdâtre; plaie couverte d'œufs; point d'odeur. Deuxième jour : couleur verte très prononcée; larves peu volumineuses et nombreuses; l'épiderme qui recouvre les parties vertes se détache facilement; les ongles du pied sont légèrement livides; le membre est à peine odorant. Troisième jour : les portions dépourvues d'épiderme sont brunes; partout où il existe, il est altéré par les larves. Quatrième jour : ramollissement considérable; odeur putride très manifeste; chair en partie détruite par les larves. Cinquième jour : larves grosses; chair presque entièrement détruite; odeur plus forte. Sixième jour : il n'y a plus d'épiderme; le genou et le pied ne tiennent plus que par les ligaments et les tendons; l'odeur est insupportable. Septième jour : il ne reste plus que les os, les tendons et une petite quantité de peau; presque toutes les larves sont mortes. Neuvième jour : on ne retire de la fosse qu'un fragment de peau.

Il résulte de ce qui précède, 1° que la putréfaction des fœtus marche avec beaucoup de rapidité dans le gaz des fosses d'aisances; 2° que néanmoins, dans les premiers temps, ses progrès paraissent plus lents que lorsque les fœtus sont dans l'air atmosphérique *humide;* 3° que la rapidité de sa marche dans les derniers temps, comparée à celle du membre qui était exposé à l'air, tient probablement à la dessiccation que celui-ci avait éprouvée, malgré les précautions qui avaient été prises, tandis que l'autre était constamment resté humide.

Putréfaction dans l'eau stagnante. — La jambe et le pied du fœtus mort le 5 mai ont été mis dans l'eau de puits le 6 mai, à dix heures du matin. Le premier jour, le membre, qui jusqu'alors avait été incolore, présentait une teinte rougeâtre. Deuxième jour : la couleur est légèrement violacée. Troisième et quatrième jours : odeur à peine sensible; l'épiderme se détache par petits lambeaux sous la pointe des pinces; couleur toujours violacée. Cinquième jour : on éprouve plus de facilité à détacher l'épiderme; l'odeur est déjà manifeste, mais différente de celle qu'exhalent les matières qui se pourrissent à l'air. Sixième jour : ces deux caractères sont plus sensibles. Septième jour : couleur rouge marbrée. Huitième jour : l'eau est trouble, rougeâtre, et répand une odeur forte, désagréable; l'épiderme se détache plus facilement. Neu-

vième jour : la peau résiste à la pointe des pinces ; les propriétés physiques des muscles ne paraissent point altérées. Dixième jour : couleur du membre blanchâtre, excepté à la malléole interne, qui est verdâtre ; on enlève la totalité de l'épiderme de la jambe, tandis que celui du pied résiste ; l'odeur est moins sensible. Onzième jour : la malléole n'est plus verte, l'épiderme du pied se détache en totalité. Douzième jour : couleur grise brune sans aucune trace de lividité ; point de changement dans l'odeur ni dans la consistance ; on voit sept ou huit mouches dans l'eau, qui est trouble, légèrement fétide et colorée en rouge brun. Treizième jour : supernatation du pied ; dégagement assez considérable de gaz aux environs des vaisseaux tibiaux postérieurs ; odeur un peu plus prononcée ; l'eau présente à sa surface une pellicule qui n'offre point l'aspect huileux. Quatorzième jour : point de changement appréciable. Quinzième et seizième jours : couleur café au lait tirant sur le vert ; le derme est *corrodé ;* on y voit des ulcérations assez larges, semblables aux chancres vénériens, et dont les bords sont fort mous ; le ramollissement du membre est très marqué, l'odeur est forte et *sui generis :* la graisse et les muscles présentent leur couleur naturelle. Dix-septième jour : les *corrosions* sont plus larges, la couleur est verte. Dix-huitième jour : la peau se déchire facilement, et on voit alors qu'elle est rose, et que la couleur verte n'est que superficielle ; les *corrosions* sont un peu plus larges. Dix-neuvième jour : ramollissement croissant ; la graisse paraît complétement saponifiée. Vingtième jour : peau d'un vert olive très ramollie au pied et à la partie interne de la jambe. Vingt-unième jour : les muscles sont tellement ramollis qu'ils sortent sous forme de putrilage par les trous de la peau lorsqu'on presse celle-ci Vingt-troisième jour : le membre conserve encore sa forme. Vingt-sixième jour : le membre, encore entier, semble réduit à une écorce de graisse sous-cutanée solide et saponifiée, couverte en quelques points de derme aminci ; les os sont presque dénudés, et le putrilage musculaire s'écoule par les fistules cutanées. Vingt-neuvième jour : les épiphyses se détachent ; le membre tend à se séparer au niveau de l'articulation du pied. Trente-sixième jour : le membre a pour ainsi dire conservé sa forme ; toutefois le pied ne tient plus que par quelques tendons et par quelques ligaments ; les parties charnues, réduites en une sorte de putrilage, ont abandonné les os, qui sont encore renfermés dans une sorte d'étui formé par une couche de graisse saponifiée.

Dans l'eau renouvelée deux fois par jour. — La jambe et le pied de l'autre côté du même fœtus ont été mis, le 6 mai, dans l'eau de puits, que l'on a renouvelée deux fois par jour. Premier jour : point de changement. Deuxième et troisième jours : couleur légèrement violacée ; point d'odeur. Quatrième jour : pied légèrement verdâtre ; l'épiderme qui le recouvre se détache plus facilement que celui de la jambe. Cinquième et sixième jours : on voit à la surface de l'eau et du membre une multitude de bulles de gaz ; odeur à peine sensible ; même couleur. Septième jour : l'épiderme se détache facilement à la partie interne du membre ; odeur marquée, nullement désagréable ; bulles de gaz et couleur comme hier. Huitième jour : ces caractères sont un peu plus prononcés. Neuvième jour : la peau résiste à la pointe des pinces ; point de changement sensible dans les muscles. Dixième jour : couleur blanche ; taches verdâtres à la malléole interne ; même odeur. Onzième jour : l'épiderme du pied se détache en totalité ; la malléole est toujours verte. Douzième jour : bulles gazeuses sur les points qui

sont encore recouverts d'épiderme; celui-ci s'enlève facilement sur la région antérieure et supérieure du tibia ; supernatation de la partie supérieure de la jambe ; couleur d'un blanc mat, mélangée de gris brun. Treizième jour ; l'épiderme est complétement enlevé; on dégage des gaz par l'expression du membre ; l'eau est fétide, recouverte d'une pellicule d'un blanc sale, légèrement colorée en jaune, d'apparence huileuse ; l'odeur du membre est moins sensible que celle du liquide. Quatorzième jour : supernatation complète. Quinzième jour : le membre est d'un blanc laiteux ; la peau ne se déchire pas encore. Seizième jour : couleur *idem;* derme bien ramolli, offrant à sa surface une multitude de points *ulcérés,* très rapprochés, moins larges et plus nombreux que dans l'expérience précédente. Dix-septième jour : *corrosion* et ramollissement beaucoup plus évidents et plus étendus que dans le sujet de l'observation précédente ; la peau est tellement ramollie dans toutes les parties *corrodées,* qu'on peut l'enlever en grattant légèrement avec le scalpel. Dix-huitième jour : ces caractères sont plus prononcés ; membres d'un blanc sale ; odeur un peu plus forte ; muscles rouges et légèrement ramollis. Dix-neuvième jour : les muscles sont déjà réduits en un putrilage rosé. Vingt deuxième jour : *corrosions* portées au point que les ulcères sont de la largeur d'une pièce de deux francs ; il suffit de presser un peu le membre pour faire sortir les muscles sous forme de putrilage ; couleur d'un blanc rosé ; le ramollissement est évidemment plus marqué que dans l'expérience précédente. Vingt-quatrième jour : les os sont en grande partie dénudés ; les chairs sont presque complétement détachées ; séparation du cinquième os du métatarse. Vingt-cinquième jour : les chairs sont ramollies au point que le membre ne conserve plus sa forme ; on n'en trouve que des lambeaux ; la graisse semble se saponifier ; l'odeur est semblable à celle du savon de graisse. Vingt-huitième jour : la dénudation des os est complète ; les muscles sont remplacés par un putrilage rougeâtre. Vingt-neuvième jour : les épiphyses se détachent ; il ne reste plus que des ligaments, des tendons et quelques morceaux de graisse qui paraît saponifiée. Trente-sixième jour : on ne voit plus que les os, qui sont en partie désunis, et deux lambeaux de graisse entièrement saponifiée.

Après avoir examiné comparativement les effets de l'eau stagnante et de l'eau renouvelée deux fois par jour sur les parties du même fœtus, M. Orfila a voulu connaître l'action de l'eau sur des cadavres entiers. L'un de ces cadavres a été laissé pendant vingt-deux jours dans l'eau de puits que l'on n'a pas renouvelée ; l'autre, au contraire, a été mis dans de l'eau qui a été renouvelée jour et nuit, pendant le même espace de temps. Il résulte de ces expériences 1° que les cadavres éprouvent dans l'eau un genre de décomposition qui ne ressemble en aucune manière à l'altération qu'ils subissent à l'air ; 2° que la graisse se saponifie en se transformant en acides margarique et oléique, qui se combinent avec l'ammoniaque provenant de la décomposition de la chair musculaire ; 3° que cette altération a lieu beaucoup plus rapidement dans l'eau renouvelée que dans l'eau stagnante.

Putréfaction dans l'eau de fosses d'aisances. (Voir p. 275 pour l'étude de cette putréfaction lorsque les corps sont entiers.)— La cuisse du fœtus mort le 5 mai a été mise dans un seau rempli d'eau de fosses d'aisances, le 6 mai, à dix heures du matin. Premier jour : rien de remarquable. Deuxième jour : couleur légèrement violacée, surtout à la partie interne et postérieure. Troisième jour : l'épiderme commence à s'enlever par

une forte pression des pinces; couleur *idem*. Quatrième jour : tout est dans le même état. Cinquième jour : *idem*. Sixième jour : l'épiderme se détache un peu plus facilement Septième jour : *idem*. Huitième jour : la peau résiste bien; la structure des muscles n'est pas changée; le membre nettoyé exhale l'odeur de l'eau de la fosse Neuvième jour : on voit quelques parties violacées encore recouvertes d'épiderme; la majeure partie est jaune et dépouillée d'épiderme; léger ramollissement des muscles. Dixième jour : la teinte violacée a moins d'étendue; la couleur de la peau ressemble à celle du café au lait. Onzième jour : l'épiderme se détache de plus en plus; il se détache des gaz par les extrémités incisées du membre. Douzième jour : lavée et mise dans l'eau de puits, la cuisse surnage; dégagement de gaz par une légère pression; la peau commence à se ramollir; la graisse qui est à découvert sur les plaies offre l'aspect du savon ramolli. Quinzième jour : la peau se sépare plus facilement de la graisse; le reste est dans le même état. Seizième jour : on n'aperçoit aucune trace de corrosion, comme cela a déjà lieu pour les membres qui sont en contact avec l'eau de puits; les muscles sont plus ramollis que la peau; celle-ci est d'un jaune légèrement orangé, et se détache lorsqu'on le racle avec le scalpel. Dix-huitième jour : ramollissement de la tête du fémur; la peau est évidemment amincie. Vingt-unième jour : les muscles sont bien ramollis; la peau n'offre aucune trace de *corrosion*, mais elle s'enlève très facilement; la graisse sous-cutanée, d'une couleur rosée dans certains endroits, paraît saponifiée. Vingt-deuxième jour, *idem*. Vingt-quatrième jour : la peau est entièrement détachée; le ramollissement des muscles, quoique considérable, est moins prononcé que sur la portion du cadavre qui est en contact avec l'eau non renouvelée. Vingt-septième jour, les cartilages sont sensiblement ramollis; la graisse paraît bien saponifiée. Trentième jour : les muscles, encore d'une couleur jaune rosée, sont plus ramollis; la graisse est complétement saponifiée et moins cohérente. Trente-unième jour : on ne trouve que quelques lambeaux de tissu savonneux qui se détachent des muscles, encore roses et très ramollis.

Dans du fumier. — L'autre cuisse du fœtus mort le 5 mai a été enterrée dans du fumier, le 6 mai, à dix heures du matin. Premier jour : rien de remarquable. Deuxième jour : odeur forte, surtout aux extrémités incisées. Troisième jour : couleur mélangée de rose et de vert; l'épiderme se détache; l'odeur de putréfaction est très prononcée. Quatrième jour : l'épiderme est complétement enlevé; couleur verdâtre dans la partie du membre qui regarde en haut, et aurore dans la partie opposée; la peau n'est pas sensiblement ramollie. Cinquième jour : couleur aurore plus généralement répandue; les muscles commencent à se ramollir dans les environs des plaies. Sixième jour : léger ramollissement de la peau; odeur forte, ammoniacale; muscles d'un gris rougeâtre Septième jour : ces caractères sont un peu plus prononcés. Huitième jour : couleur orangée; odeur très fétide; on déchire assez facilement la peau. Neuvième jour : les muscles sont réduits à une sorte de putrilage dans les parties découvertes, quoiqu'ils conservent encore leur couleur rouge. Dixième jour : odeur très fétide, ramollissement beaucoup plus considérable des muscles. Onzième jour : peau d'un rouge orangé, en partie desséchée à sa surface externe, et dure comme du cuir; muscles réduits en lambeaux et en putrilage grisâtre; fémur dénudé. Quatorzième jour : il ne reste que la peau, dont la couleur orangée est moins foncée; elle est plus humide et plus ramollie en dedans qu'à sa surface externe. Quinzième jour : les portions de peau humide se détachent

facilement en raclant avec le scalpel. Vingtième jour : on ne trouve que des lambeaux de peau.

Dans la terre. — Le bras du fœtus mort le 5 mai a été enveloppé de terre, le 6 mai, à dix heures du matin ; on a arrosé de temps à autre ; cependant le terrain n'a jamais été sensiblement humide. Premier jour : rien de remarquable. Deuxième jour : l'odeur ne se fait sentir que dans les plaies. Troisième jour : l'épiderme commence à se détacher, et alors on voit que la peau est rose ; point de ramollissement ; légère odeur de putréfaction. Quatrième jour : épiderme entièrement détaché ; odeur nauséeuse ; couleur mélangée de vert et de rose. Cinquième jour : la plaie est d'un rouge gris ; la peau n'est pas encore ramollie. Sixième jour : couleur orangée de la peau, qui commence à se ramollir ; odeur fétide. Septième jour : on déchire la peau, mais moins facilement que celle de la portion qui est enterrée dans du fumier. Huitième jour : la graisse ne présente plus l'aspect granuleux et vésiculeux qu'elle offre chez le fœtus ; elle ressemble déjà au gras des cadavres ; le ramollissement de la peau est plus marqué ; la structure des muscles n'est point changée. Neuvième jour : *idem.* Dixième jour : la peau, d'une couleur rose jaunâtre, se déchire très facilement ; odeur très fétide ; graisse rosée, s'étendant comme de la cire molle sous une légère pression ; muscles légèrement ramollis, sans changement apparent dans leur structure. Douzième jour : la peau se déchire plus facilement ; la graisse découverte a l'aspect homogène du savon légèrement ramolli ; celle que l'on met à nu par le déchirement de la peau est encore jaune, vésiculeuse, et offre des filaments cellulaires manifestes à l'œil nu ; les muscles sont ramollis et putrilagineux ; l'odeur est très fétide. Quatorzième jour : les tendons sont à nu ; le reste est dans le même état. Seizième jour : peau détruite dans une grande partie du membre ; la portion qui reste est d'un rouge orangé ; graisse saponifiée et blanche, excepté dans quelques points qui offrent une couleur jaune ; muscles rouge ; odeur moins fétide. Vingt-quatrième jour : peau entièrement détruite ; graisse rosée à sa surface et blanche dans l'intérieur ; os dénudé ; muscles en grande partie détruits ou sous forme d'un putrilage rosé ; odeur semblable à celle de l'oignon de lis. Trente-unième jour : on ne découvre que du gras de cadavre formé aux dépens de la graisse, qui s'est changée en acides margarique et oléique, et de l'ammoniaque provenant des muscles qui sont entièrement détruits.

V. La mort a-t-elle été naturelle?

La solution de cette question repose sur trois ordres de données : 1° sur les signes qui dénotent que la mort de l'enfant a précédé l'accouchement ; 2° sur ceux qui indiquent qu'elle a eu lieu pendant l'accouchement ; 3° sur les faits qui tendent à prouver que l'enfant, quoique né vivant, a cependant péri par le fait de causes indépendantes de la volonté de la mère.

Il est, avant tout, une circonstance qui doit fixer l'attention du médecin dans la solution de cette question ; c'est le cas où, explorant un corps de délit, il ne trouve pas de cause à la-

quelle il puisse attribuer la mort. L'absence d'indices de ces causes n'est pas une preuve que la mort a eu lieu naturellement, car il serait possible de faire périr un enfant sans qu'il en restât de traces ; aussi le médecin ne doit-il jamais conclure à la mort naturelle par ce seul fait ; mais il faut qu'il se borne à dire qu'il n'existe pas de violences auxquelles on puisse attribuer la mort.

Nous avons exposé (page 565 et suiv.) les caractères à l'aide desquels on peut reconnaître si un enfant a péri avant, pendant ou immédiatement après l'accouchement, et par le fait de ce dernier. Il nous suffit donc de rappeler ici que l'enfant peut périr par suite de la faiblesse de sa constitution, d'un vice de conformation, ou d'une maladie développée dans le sein de la mère. Déjà nous avons énoncé à la page 575 les caractères de la faiblesse de naissance, nous nous bornerons à citer ici quelques faits comme exemples. — Les caractères des vices de conformation seront exposés à l'art. VIABILITÉ, avec laquelle ils ont des rapports aussi très directs. Il ne nous reste donc qu'à faire connaître les divers états morbides qui peuvent avoir leur siége dans les principaux organes de l'économie, et dont le développement a eu lieu alors que l'enfant était encore contenu dans l'utérus, ou immédiatement après la naissance. Aussi allons-nous reproduire les données qui ont été fournies par les travaux de Billard sur ce sujet important, et nous les envisagerons à la fois commme cause de mort et de non-viabilité.

Madame S. accouche, le 25 février 1809, d'un enfant à terme, qui meurt le 1er mars à deux heures du matin, sans avoir tété et ayant eu la respiration peu aisée. En examinant le cadavre, on voit que le thorax, au lieu d'être voûté, est tout plat ; le cœur est à découvert ; la convexité du diaphragme très saillante en *haut;* les poumons, nullement développés, sont ramassés de chaque côté de la colonne vertébrale ; leur couleur est d'un brun foncé, excepté le gauche, qui offre *une traînée d'environ deux pouces de long sur un demi-pouce de large, d'un rouge pâle ;* le lobe inférieur droit est très enfoncé dans l'abdomen ; placés sur l'eau seuls ou unis au cœur, ils se précipitent ; cependant la traînée, d'un rouge pâle, *a une tendance différente ;* les vaisseaux qui se rendent à cet organe sont vides et contractés sur eux-mêmes ; le trou inter-oriculaire et le canal artériel sont ouverts ; l'insufflation développe très bien les poumons, ce qui prouve qu'il n'y a pas de vices organiques. Tous les viscères abdominaux sont dans l'état naturel ; il y a un peu de méconium dans le gros intestin ; la vessie est vide, parce que l'enfant

avait évacué; les vaisseaux sanguins du bas-ventre sont remplis de sang. (Schenkins, *Bibl. Méd.*, année 1810.)

Cinq enfants périssent peu de temps après leur naissance; sur deux d'entre eux qui ont vécu un jour entier, *le bord antérieur des poumons était seulement crépitant* dans une très petite étendue : le reste était flasque, non vésiculeux, et plus pesant que l'eau. Chez les trois autres, qui ont vécu quatre, six et dix heures, on ne trouve point d'air dans le tissu des poumons, qui, coupés par fragments, assez gros il est vrai, *se précipitent au fond de l'eau;* le cri était étouffé chez deux d'entre eux, et l'on n'entendait que la reprise. Deux de ces enfants étaient évidemment à terme, et se trouvaient affectés d'endurcissement du tissu cellulaire; le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang; les ouvertures fœtales étaient encore libres; enfin le tissu cellulaire des membres était considérablement infiltré d'une sérosité très jaune. Chez tous, la poitrine rendait un son mat dans tous les points de son étendue, et l'on ne pouvait entendre au stéthoscope le bruit de la respiration. Chez tous la circulation était très lente et les téguments un peu froids; enfin ils offraient tous les caractères de l'état des enfants nouveau-nés qu'on désigne ordinairement sous le nom de faiblesse de naissance.

2° *Des maladies développées chez l'enfant encore contenu dans l'utérus qui peuvent amener sa mort naturelle.*

Ces maladies ont principalemeut leur siége dans les trois organes essentiels à la vie, les poumons, le cœur et la masse encéphalique. Ne perdons point de vue pour juger de ces altérations, que dans le doute d'un résultat donné, c'est toujours en faveur de l'accusé que le pronostic doit être porté.

Organes de la circulation et de la respiration. — Les altérations morbides des poumons qui sont propres à amener la mort naturelle de l'enfant après la naissance, sont: 1° l'hépatisation rouge de leurs tissus; 2° l'hépatisation grise, suite d'une pneumonie; 3° les tubercules pulmonaires; 4° l'œdème; 5° l'œdème lardaciforme que nous avons fait connaître. Ces cinq états s'opposent à l'introduction de l'air dans les vésicules pulmonaires, et par cela même au développement de la respiration. Ils doivent donc être considérés comme des causes de mort et de non-viabilité. Mais ils peuvent affecter une partie ou la totalité d'un ou des deux poumons; c'est au médecin à juger de leur degré d'influence comme obstacle plus ou moins puissant à l'accomplissement de la respiration nécessaire à l'entretien de la vie. C'est à lui à juger de leur degré de curabilité; car si ces affections ne doivent promettre qu'une vie temporaire, il

ne faut pas hésiter à déclarer l'enfant non viable. Or, il faut que la maladie soit bien peu avancée pour qu'elle devienne curable ; remarquons, en effet, que la naissance de l'enfant devient une cause d'accroissement dans l'état morbide, puisque par l'effet de la respiration il se produit un sang artériel beaucoup plus actif, beaucoup plus stimulant, qui ne peut que concourir à hâter les progrès des maladies presque toujours inflammatoires.

J'ai décrit avec soin l'état normal des poumons pénétrés ou non pénétrés par de l'air ; j'ai donné, page 592, les caractères de chacun des états morbides que je viens d'énumérer ; je n'ai donc pas à y revenir.

Il existe fréquemment de la sérosité citrine ou sanguinolente dans la cavité du péricarde ; il est très commun de trouver des pétéchies et même de l'emphysème à la surface du cœur. Le système capillaire est très gorgé de sang chez les enfants, et pour peu que la putréfaction gazeuse se manifeste, il se produit bientôt des épanchements dans les membranes séreuses. Il en est de même des congestions dans les vaisseaux veineux du cerveau et de la moelle. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches est souvent colorée en rouge. Les plèvres sont parfois injectées ; elles peuvent aussi contenir des épanchements sanguins, séreux ou séro-purulents avec fausses membranes.

Organes de l'innervation. — A. C'est à tort, suivant nous, qu'on a rangé l'hydrocéphalie au nombre des vices de conformation naturelle ou des monstruosités. L'hydrocéphalie est évidemment une maladie ; elle produit une sécrétion abondante de sérosité qui s'oppose par la suite au développement des diverses parties de l'encéphale, mais c'est en agissant mécaniquement qu'elle y apporte un obstacle. Or, il en existe trois espèces. Dans la première, de la sérosité est épanchée dans la cavité de l'arachnoïde et autour du cerveau ; cet organe est bien développé, la vie est possible et commune. Dans la seconde, non seulement la sérosité existe dans la cavité de l'arachnoïde qui tapisse le cerveau, mais encore elle se trouve en plus ou moins grande quantité dans les ventricules ; elles les a distendus et agrandis. L'enfant peut être considéré comme viable quand la

quantité de liquide épanchée est peu considérable, et les chances de vie diminuent en raison de l'augmentation de la sérosité et de l'amincissement des diverses parties du cerveau. Enfin, dans la troisième espèce, la quantité de liquide épanchée est tellement grande, que le cerveau ne se trouve plus qu'à l'état rudimentaire, et alors la vie est impossible. C'est là le seul cas où cette maladie devient mortelle pour l'enfant nouveau-né. B. Dans l'état normal, la substance cérébrale est en général très molle; elle peut acquérir plus de consistance par le fait d'une altération pathologique. La substance blanche est beaucoup plus sablée de vaisseaux que chez l'adulte, ce qui donne à cette substance une couleur souvent plus foncée que celle de la substance grise. Souvent aussi, les vaisseaux du cerveau sont injectés au point de pouvoir suivre parfaitement leur trajet et leurs ramifications. Ce dernier état est très important à connaître pour la médecine légale. En 1831, j'eus occasion d'appeler l'attention des magistrats sur une coloration *lie de vin* que présentait la substance cérébrale ramollie d'un enfant trouvé dans le tuyau d'une fosse d'aisances, et appartenant à la fille D..., accusée d'infanticide. Dans la consultation que je rédigeai à ce sujet, je fis sentir que cette coloration pourrait faire naître le *soupçon* que des violences ayant été exercées sur la tête pendant la vie de l'enfant, il avait pu en résulter un épanchement de sang dans le crâne, qui aurait amené une coloration aussi prononcée que celle dont il est fait mention dans le rapport des premiers experts. En effet, quelque injectés que soient les vaisseaux, il est rare qu'une fois la putréfaction survenue, le sang qu'ils renfermaient puisse colorer la substance cérébrale d'une manière aussi prononcée; néanmoins ce ne peut être que l'objet d'un soupçon et non pas un indice. C. La moelle peut offrir un état opposé, le ramollissement. Elle est alors plus ou moins molle, jaunâtre, quelquefois sanguinolente ou parsemée de stries de sang; elle répand une odeur manifeste d'hydrogène sulfuré; on la déchire quand on y touche, et le moindre lavage la réduit en une bouillie diffluente. Lorsque, dit Billard, on rencontre cette altération, l'enfant n'a ordinairement vécu que quelques heures ou quelques jours; il a respiré péniblement, son cri a été étouffé, ses

mouvements presque nuls, ses membres pendant la vie étaient dans un état de flaccidité remarquable, ses téguments violacés, la figure immobile. Cette altération se remarque chez les enfants les plus robustes comme chez les plus faibles en apparence, et l'on trouve presque toujours en même temps des congestions de sang dans les poumons ou des épanchements du même liquide dans l'abdomen, le crâne et le canal rachidien. Il est rare que ce ramollissement de la moelle ne soit pas accompagné d'une semblable altération du cerveau, de sorte que tout l'axe cérébro-spinal se trouve désorganisé. Cette désorganisation s'observe en été comme en hiver, peu de temps ou longtemps après la mort, de sorte qu'on ne peut guère la regarder comme le résultat de la putréfaction. On serait plutôt porté à la considérer comme le résultat d'une décomposition causée par une congestion, ou même par un épanchement sanguin ; en effet, on voit toujours au milieu du tissu ramolli des caillots ou des stries de sang, et ce liquide se trouve en même temps abondamment épanché dans d'autres cavités.

Les deux extrêmes de mollesse et de dureté du tissu médullaire, à l'exposition desquels je viens de consacrer quelques lignes, sont réellement des altérations pathologiques. Mais il est entre ces deux extrêmes des degrés intermédiaires dont on ne peut aisément apprécier la nature, et qu'il serait également difficile de décrire. Le ramollissement et l'endurcissement partiels de la moelle se rencontrent assez souvent ensemble, c'est-à-dire qu'une partie de la longueur de cet organe est très diffluente, tandis que le reste est très dur. Ces détails sont applicables aux altérations du cerveau.

On peut rencontrer toutes les variétés et les nuances du ramollissement dans les diverses parties de la masse encéphalique. Mais ce qui doit fixer l'attention, c'est que le ramollissement coïncide fréquemment avec un épanchement de sang ou même une hémorrhagie cérébrale ; il est fort difficile de décider si l'hémorrhagie a précédé le ramollissement, ou si elle a été consécutive. Quoi qu'il en soit, on trouve la substance blanche de la pulpe cérébrale réduite en bouillie floconneuse et considérablement mélangée de caillots de sang ; elle s'échappe de tous

côtés en répandant une odeur d'hydrogène sulfuré. Le ramollissement est plus ou moins étendu, plus ou moins avancé. Un seul point d'un lobe ou un seul lobe peut être ramolli, comme il est possible aussi que les deux le soient à la fois. Le ramollissement peut exister sans épanchement sanguin ; il est donc très important de ne pas confondre cet état avec les ecchymoses de la masse encéphalique, qui s'en distinguent par l'intégrité et la conservation de la substance cérébrale, au milieu de l'épanchement de sang.

Ces divers états morbides, que nous venons de signaler, compromettent nécessairement la vie de l'enfant, à cause de l'importance des parties qu'ils affectent. Mais il en est d'autres qui ont leur siége sur diverses parties du corps, et qui dans certains cas peuvent offrir un caractère très grand de gravité par l'étendue qu'ils occupent ; nous croyons devoir les énoncer succinctement, en faisant sentir en même temps les circonstances dans lesquelles elles pourraient compromettre la vie de l'enfant.

Peau. — Tous les enfants ont en naissant la peau plus ou moins colorée en rouge ou en rouge violacé. S'ils ne sont pas malades, la peau commence à blanchir vers le huitième jour, quelquefois vers le cinquième, et dans d'autres cas au douzième. Pour prendre sa couleur naturelle, la peau passe du rouge foncé au rose pâle, et blanchit ensuite ; une nuance jaune, que l'on rend plus manifeste par la pression du doigt, est toujours mélangée avec la teinte rouge. Quelques enfants, en naissant, sont d'une pâleur extrême ; d'autres, quelques jours après la naissance, deviennent ictériques. Il en est qui présentent les taches connues sous le nom de *nævi materni*, ou bien des ecchymoses, des petéchies qui peuvent être le résultat d'un accouchement difficile, et qu'il ne faudrait pas prendre pour des traces de violences ; elles ont leur siége au niveau des parties qui se sont trouvées comprimées pendant le travail de l'accouchement. Ainsi on les rencontre au cuir chevelu, et principalement au sommet de la tête, aux fesses, etc. ; on peut observer aussi quelques exanthèmes, l'ecthyma, le strophulus (Billard). Mais ce à quoi le médecin doit surtout s'attacher, c'est à bien distinguer la peau parfaitement organisée de la peau qui n'a pas

encore acquis l'entier développement du temps révolu de la grossesse. Cette circonstance éclaire la question de savoir si l'enfant est à l'état de maturité. Quand la peau n'est pas bien organisée, outre qu'elle est plus molle, moins dense, elle a encore une certaine transparence, et l'on y aperçoit les lignes celluleuses diaphanes qui séparent les plaques du derme non encore parfaitement confondues entre elles, ce qui peut éclairer sur la mort naturelle par faiblesse de naissance.

Canal digestif. — Parfois des ecchymoses scorbutiques à la base de la langue. — La face interne de l'œsophage est souvent le siége d'une injection plus ou moins marquée sous les diverses formes de plaques, de stries longitudinales, de ramifications ; en sorte que sa coïncidence avec un lien appliqué autour du coû ne prouverait rien comme fait propre à démontrer que le lien aurait été appliqué du vivant de l'enfant. — Dans l'estomac, des ulcérations avec exsudation d'un liquide sanguinolent, brun ou noirâtre, ce qui pourrait établir des soupçons d'empoisonnement. Un embonpoint très prononcé peut coïncider avec des ulcérations très nombreuses dans l'estomac, ulcérations développées probablement pendant les derniers jours de la vie intra-utérine. Outre ces ulcérations, l'estomac et le reste du tube digestif peuvent être le siége d'injections vasculaires, de rougeur, d'ulcérations, et contenir du sang plus ou moins altéré ; tous phénomènes qui résultent de maladies développées alors que l'enfant était encore contenu dans l'utérus. Il en est de même sous le rapport des injections vasculaires. Ces phénomènes morbides peuvent prendre de l'accroissement après la naissance, et amener la mort de l'enfant.

Appareil urinaire.—Il ne présente d'intéressant pour le médecin légiste que cette circonstance, à savoir que les reins sont quelquefois le siége d'épanchements sanguins ou d'ecchymoses qui se sont effectuées pendant que l'enfant était encore contenu dans l'utérus.

Telles sont les considérations principales sur lesquelles nous avons cru devoir appeler l'attention des médecins. Nous n'avons pas pas prétendu décrire l'état normal et pathologique des organes des nouveaux-nés, ce qui nous aurait entièrement

éloigné de notre sujet, mais rappeler seulement les faits relatifs aux organes des nouveaux-nés, qui peuvent servir à éclairer la question de la mort naturelle de l'enfant, que l'on pourrait, dans quelques cas, confondre avec celle qui aurait été causée par une main homicide.

VI. LA MORT A-T-ELLE ÉTÉ LE RÉSULTAT DE VIOLENCES EXERCÉES SUR L'ENFANT.

Les moyens mis à exécution pour accomplir le crime d'infanticide sont nombreux; nous allons les passer successivement en revue.

Acupuncture. — Manœuvre anciennement connue, qui consistait à introduire une aiguille longue et déliée dans la substance du cerveau, par les tempes, les fontanelles ou la nuque, ou bien à la faire pénétrer dans la région du cœur, de manière à intéresser ce viscère ou les gros troncs vasculaires qui en partent. Guy-Patin raconte qu'on pendit à Paris une sage-femme qui avait tué par ce moyen plusieurs enfants lorsqu'ils étaient encore dans l'utérus et qu'ils ne présentaient que la tête à l'orifice.

Alberti, Brendel citent des exemples semblables. On lit aussi dans les *Causes célèbres* l'histoire horrible d'une femme qui, vers le milieu du siècle dernier, faisait son occupation d'assassiner tous les nouveaux-nés qui lui tombaient entre les mains, au moyen de l'acupuncture pratiquée au commencement de la colonne épinière ou dans le cerveau, dans l'unique intention, disait-elle à ses juges, *de peupler de plus en plus le ciel.* (Foderé, *Méd. lég.*, IV, 492.) Belloc (*Cours de méd. lég.*, 93) cite le cas d'un enfant qui avait été trouvé sous un tas de pierres, et sur la tête duquel on aperçut vis-à-vis la fontanelle antérieure une petite plaie qui n'avait qu'une demi-ligne de longueur; les enveloppes du cerveau avaient été perforées, l'instrument avait même pénétré dans le cerveau à une profondeur de deux pouces, et la substance cérébrale était déchirée en divers sens. On trouva une cuillerée de sang épanché tant à la surface de cet organe que dans le ventricule latéral gauche; l'intérieur de la bouche était rempli de boue; l'enfant

était né à terme et bien conformé. — On voit donc que les piqûres ou perforations du crâne peuvent quelquefois échapper à un observateur peu attentif, à cause des faibles dimensions de la plaie qu'elles laissent. Aussi recommandons-nous d'examiner avec le plus grand soin toutes les parties qui avoisinent les centres nerveux, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Les effets intérieurs résultant de ces piqûres sont toujours plus apparents. Le meurtrier ne se borne pas à enfoncer une aiguille; il lui imprime des mouvements plus ou moins étendus qui amènent des désordres graves dans la substance cérébrale, produisent des déchirures, des ecchymoses, et laissent ainsi des traces évidentes de leur existence.

Asphyxie par défaut d'air. — Tout agent qui tend à s'opposer à l'établissement de la respiration, ou à la suspendre alors qu'elle est établie, sans agir directement sur une partie isolée du corps, ne peut pas laisser d'autres traces de son existence que sa présence même autour du corps de l'enfant. Mais dans cette dernière supposition, il reste à décider si les enveloppes de l'enfant ont été appliquées avant ou après la mort. Le médecin peut bien reconnaîre que l'enfant a vécu, et d'après l'état dans lequel il aura trouvé la peau, les principaux organes de la circulation et ceux de la respiration, déterminer s'il est mort par asphyxie; mais de ce qu'un enfant aurait été trouvé enfermé dans un sac, ou dans des linges très serrés, il ne faudrait pas en conclure qu'il y aurait été placé pendant la vie. Il faut à cet égard faire deux suppositions : ou l'enfant aura été enveloppé avant que la respiration se soit établie, et alors il n'est pas possible de résoudre la question; ou, au contraire, l'attentat à la vie n'aura eu lieu qu'après l'établissement de la respiration, et alors on devra observer des résultats d'asphyxie, seul genre de mort par lequel l'enfant puisse périr : ainsi, la teinte plus ou moins violacée de la peau; le développement considérable des poumons; leur coloration foncée et violette; l'engorgement des cavités droites du cœur, et la plénitude des vaisseaux veineux qui s'y rendent; encore pourrait-il arriver que l'asphyxie fût survenue avant que les linges n'eussent servi à envelopper l'enfant, ainsi qu'on l'observe chez

certains nouveau-nés qui succombent naturellement à cette affection. D'où il résulte que l'on ne saurait établir que des présomptions plus ou moins graves à cet égard ; mais c'est déjà un indice utile pour le magistrat que la connaissance du genre de mort auquel l'enfant a succombé.

Lorsque l'agent propre à s'opposer au développement de la respiration, ou à la suspendre, a exercé une influence directe sur une partie, il peut y laisser des traces. Tel est le cas d'un *tampon ou de tout autre corps étranger introduit dans la bouche.* —Voici ce que j'ai observé à ce sujet dans deux circonstances de ce genre. Les tampons sont ordinairement faits avec du linge plié en plusieurs doubles et fortement serré. La cavité de la bouche et celle du pharynx allant en diminuant jusqu'à l'œsophage, il arrive que la compression effectuée par le tampon est d'autant plus forte qu'elle s'exerce plus profondément. De cette pression inégale, résulte un état particulier de la membrane muqueuse du palais et du pharynx dans les divers points de son étendue, ainsi qu'une coloration différente des deux extrémités du tampon. La membrane muqueuse est blanche, amincie, sans aucune trace d'injection vasculaire dans la partie la plus profonde de la bouche, là où la compression la plus grande a eu lieu ; en avant de ce point cette membrane est *rouge* ou *violacée*, *tuméfiée* et *épaissie;* phénomènes dont il est facile de se rendre compte par l'obstacle que le tampon apporte à la circulation du sang. Pour le tampon lui-même, il est *blanc*, *humide dans les points où la pression a été très forte ;* quelquefois même il est *sec* dans les replis intérieurs, tandis que la portion qui est restée libre dans la cavité de la bouche est colorée *en rouge vermeil* dans toute son épaisseur par le fait d'une exsudation sanguinolente et humide. Ces phénomènes ont lieu lorsqu'on applique une compression de ce genre chez un enfant vivant ; ils ne pourraient pas, je crois, s'effectuer si on opérait de la même manière sur un enfant mort ; et s'ils ne sont pas une preuve irréfragable que l'on ait asphyxié le nouveau-né, au moins établissent-ils de fortes présomptions sur l'existence du crime. *Voy.* Obs. nº 13, à la fin de ce chapitre. A défaut de tampon dans le pharynx, on en trouve quelquefois dans le nez

et dans les fosses nasales; aussi ces parties doivent-elles être explorées avec soin.

Pressions exercées sur les ouvertures du nez et de la bouche ou sur le cou. — Toute pression exercée sur nos parties produit pour résultat immédiat l'amincissement de la peau, le rapprochement des lames celluleuses du tissu cellulaire, et la dissémination en dehors de la compression, des fluides qui pénétraient les tissus comprimés. Ces effets sont d'autant plus prononcés que la pression est mieux soutenue et pendant plus de temps. La partie est déprimée; elle présente l'empreinte du corps comprimant; elle en offre les dimensions et la forme. Si après la compression, la mort est survenue, toutes les parties retombent sous l'empire des lois physiques, et bientôt l'évaporation s'effectuant à la surface de la peau, la partie comprimée qui ne contient plus qu'une proportion très faible de fluides se dessèche, *se parchemine*, *s'injecte en rouge*, et conserve ainsi la trace de la pression à laquelle elle a été soumise. L'exemple suivant donne la preuve de la possibilité de reconnaître ces sortes de pression, opérées, soit dans le but d'étouffer un enfant, soit dans celui de l'étrangler. Pareil état parcheminé de la peau peut s'effectuer par suite d'une pression exercée après la mort, mais alors la peau n'est pas injectée. C'est dans ces cas d'asphyxie par défaut d'air qu'il faut bien apprécier la quantité de mucosités ou de la liqueur de l'amnios que l'on rencontre quelquefois dans la trachée-artère, parce que la présence de ces liquides peut transformer une accusation d'homicide par commission, en une accusation d'infanticide par imprudence.

Obs. C. — Conformément à l'ordonnance de M. Hély-d'Oissel, qui nous commet à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant trouvé dans un champ avoisinant les Batignoles; de déterminer s'il est né à terme, vivant et viable; s'il a vécu; s'il porte des traces ou indices de violences qui puissent faire supposer l'existence d'un crime, et enfin à quelle cause de mort il a succombé, nous nous sommes rendus à la Morgue, où le corps était déposé, et nous nous sommes livrés aux opérations propres à fournir la solution de ces questions. Nous en consignons ci-après le résultat.

Enfant du sexe masculin, long de 51 centimètres (19 pouces), pesant 2550 grammes (5 livres 5 onces environ); diamètre de la tête: occipito-frontal, 11 centimètres 1/2 (5 pouces 9 lignes); bi-pariétal, 9 centimètres (3 pouces 5 lignes); occipito-mentonnier, 13 centimètres 1/2 (5 pouces).

A l'ombilic est attachée une portion de cordon de 40 centimètres de longueur (14 pouces 9 lignes); ce cordon est brun noirâtre, très gorgé de sang, en partie desséché à son extrémité libre, qui a été coupée assez inégalement, comme cela aurait eu lieu avec un instrument peu tranchant.

La peau bien organisée, commençant à offrir quelques indices de putréfaction aux paupières et à la partie supérieure de la poitrine; les cheveux assez longs; les ongles peu larges, mais dépassant l'extrémité des doigts; un point osseux parfaitement développé au centre du cartilage qui termine l'extrémité inférieure de chaque fémur.

Dans le tiers inférieur de la face, au voisinage du nez, de la bouche et du menton, la peau est *rouge brunâtre*, desséchée et comme parcheminée; du sang s'écoule de la narine gauche. — La peau de ces parties ayant été incisée, on voit le derme coloré comme à l'extérieur, ce qui n'existe pas dans les points où la peau a conservé sa couleur naturelle.

En haut et à gauche de la tête, dans une étendue de 2 pouces de longueur sur 1 pouce de largeur, même état parcheminé et brunâtre du cuir chevelu; sous le cuir chevelu un épanchement de sang noir coagulé avec décollement du périoste; pas de fractures aux os du crâne; le cerveau assez injecté.

Rien de remarquable dans les fosses nasales, non plus que dans la cavité de la bouche.

La trachée-artère contenant, surtout au voisinage des bronches, une petite quantité d'un mucus d'apparence purulente, comme cela s'observe dans les affections catarrhales; les deux bronches en renferment aussi.

Les poumons, très volumineux, remplissent les cavités des plèvres et recouvrent le péricarde; ils sont emphysémateux, rouges, et leur tissu est injecté par le sang.

Plongés dans l'eau, ils surnagent; coupés par morceaux, chaque fragment surnage et la surnatation a lieu alors même que les fragments ont été fortement comprimés sous l'eau; du reste, pendant cette compression, il s'en échappe des milliers de bulles très fines, évidemment dues à l'air de la respiration.

Les cavités du cœur, et notamment du côté droit, renferment du sang.

Le foie en est gorgé.

L'estomac contient du mucus.

Le méconium remplit et distend la fin du gros intestin.

Nous n'avons pas observé une dilatation de la narine gauche qui a été signalée dans un rapport précédent, et qui fut telle que l'on dut supposer qu'un corps étranger y aurait été introduit pendant la vie; plus grande en apparence que la narine droite, elle doit cette amplitude à l'aplatissement latéral du nez.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen est né à terme, vivant et viable,

2° Il a vécu et complétement respiré;

3° La mort paraît remonter à cinq jours environ;

4° L'ecchymose dont nous avons signalé l'existence au côté gauche de la tête, l'état parcheminé avec rougeur de la peau de la face, qui tend à démontrer qu'une compression a été opérée sur cette partie pendant la vie, dans le but probable de suspendre la respiration par la bouche et le nez, élèvent de graves présomptions sur un infanticide.

Tel est l'effet de la pression lente, graduée, soutenue;

tel pourrait être l'effet de l'application des doigts sur le cou de l'enfant, dans le but de le faire périr par asphyxie. Mais cette pression peut être brusque, intense, et, dans ce cas, elle peut produire des ecchymoses sous-cutanées, comme on vient de le voir dans l'exemple qui précède, et même des fractures du larynx. Les désordres sont alors plus apparents, toutefois il est rare de les rencontrer, le meurtrier employant ordinairement plus d'habileté à commettre son crime. Le résultat d'une semblable manœuvre est une contusion dont nous traiterons par la suite.

Asphyxie par submersion. — Ce genre de mort est un des plus difficiles à constater chez l'enfant; la plupart des signes qui font reconnaître *la submersion* pendant la vie chez l'adulte, échappent à l'observation du médecin, parce que déjà ils se manifestent dans des organes excessivement petits, et deviennent par cela même peu évidents, et qu'ensuite la putréfaction gazeuse envahit les tissus du fœtus avec une rapidité extrême, pour peu qu'il ait été exposé à l'air pendant l'été. Nous avons eu bien souvent l'occasion de vérifier l'exactitude de ce que nous venons d'avancer, et dans les nombreuses ouvertures que nous avons faites d'enfants retirés de la Seine, nous n'avons eu qu'un fois l'occasion de reconnaître d'une manière certaine que l'enfant avait péri de submersion; mais ce que le médecin peut encore fréquemment constater, c'est la pénétration du tissu pulmonaire par de l'air, ce qui indique que l'enfant a vécu, et ce qui, rapproché de la circonstance de l'immersion dans l'eau, établit, aux yeux du magistrat, des présomptions d'infanticide. Toutefois le médecin doit bien se garder, dans ces cas, d'en tirer de pareilles inductions. Noter que la respiration a été complète; qu'il n'existe aucune trace de mort violente, et qu'il est impossible de dire si la mort est le fait de l'asphyxie par submersion, attendu que si ces caractères existaient, ils ont dû disparaître par la putréfaction; telles sont les seules conclusions qu'il puisse prendre à ce sujet. Des magistrats pourraient peut-être soulever la question suivante dans des débats :

Pendant combien de temps un enfant peut-il vivre, lorsqu'il a été plongé dans l'eau immédiatement après la naissance?

La solution de cette question pourra être éclairée par les expériences suivantes : Legallois a prouvé que les chiens, les lapins et les chats *nouveau-nés* vivaient vingt-huit minutes dans l'eau. Lorsqu'ils étaient plongés dans ce liquide cinq jours après la naissance, ils ne vivaient que seize minutes; s'ils étaient déjà âgés de dix jours, ils ne vivaient que cinq minutes et demie; enfin à l'âge de quinze jours, ils avaient atteint la limite que les animaux adultes ne peuvent dépasser lorsqu'ils sont soustraits à l'action de l'air.

Le cochon d'Inde qui vient de naître ne peut vivre que trois ou quatre minutes de plus que l'adulte, quand on l'asphyxie dans l'eau.

Le docteur Edwards a cherché à expliquer la cause de la différence qui existait entre ces animaux dans la faculté de vivre. Il a vu que les mammifères qui, à leur naissance, produisent assez peu de chaleur pour ne pas avoir pour ainsi dire de température propre, vivent beaucoup plus long-temps que ceux qui en développent assez pour conserver une température élevée lorsque l'air n'est pas trop froid.

Le caractère extérieur qui sert à rapporter une espèce à l'un ou à l'autre de ces groupes, consiste dans l'état des yeux, qui sont ouverts ou fermés à la naissance; or, l'enfant naît les yeux ouverts, et l'on sait qu'il appartient au groupe des animaux qui produisent le plus de chaleur; il vivra donc moins de temps que les animaux qui sont dans des conditions opposées. « Ce n'est qu'approximativement que nous pouvons juger de cette durée, dit le docteur Edwards; dans les expériences que j'ai faites sur les jeunes mammifères qui naissent les yeux ouverts, elle a été de *cinq à onze* minutes. » (*De l'influence des agents physiques sur la vie*, page 265.)

Asphyxie par strangulation. — Il est difficile quelquefois de donner la preuve de son existence. On peut ne trouver sur le cou qu'une empreinte qu'il ne faut pas confondre avec le pli de flexion de la tête. Cette empreinte peut être unique ou multiple; si elle n'est pas accompagnée d'injection de la peau, d'éraillures, d'ecchymoses de la peau et du tissu cellulaire, elle n'indique qu'une chose, c'est qu'une pression a été exercée sur le col de

l'enfant, mais elle ne démontre pas que cette pression ait été exercée pendant la vie. La mère peut déclarer qu'elle provient d'un lien destiné à maintenir les linges qui enveloppaient l'enfant, et c'est là même l'explication ordinaire donnée par toutes les femmes accusées à raison ou à tort. Le médecin ne saurait nier la possibilité du fait, excepté dans le cas où le lien aurait été trouvé sous les linges mêmes qui enveloppaient l'enfant. Toute incertitude cesse lorsque 1° l'empreinte est avec ecchymose; 2° lorsque la congestion des poumons, des mucosités écumeuses dans la trachée-artère, et la coloration de la peau, indiquent que la mort a eu lieu par asphyxie, phénomènes qui coïncident avec ce genre de mort. On verra, dans les observations que nous avons rapportées à la fin de ce chapitre, des faits dans lesquels une conclusion positive a été prise, un cas dans lequel nous sommes resté dans le doute, et un autre où notre avis motivé a fait rendre à la liberté une jeune fille qui avait été déjà condamnée par la Cour d'assises d'Evreux. Les détails dans lesquels nous allons entrer à l'égard des contusions fourniront des données importantes à la solution de la question.

Contusions. — Elles peuvent exister à la peau avec ou sans ecchymose du tissu cellulaire. La situation de la contusion est l'une des circonstances principales dont il faut tenir compte; car si les contusions ont été faites dans une intention criminelle, elles doivent correspondre à des organes essentiels à la vie, puisque c'est vers ces organes que la violence a dû être dirigée. Tel serait le cas d'une contusion résultant d'une pression violente exercée sur le col, ou sur la tête de l'enfant. La forme des contusions peut conduire à reconnaître si la blessure a été faite avec les doigts ou avec tout autre agent. Lorsqu'il y a ecchymose du tissu cellulaire, il faut rechercher en premier lieu si elle a été faite pendant la vie ou après la mort. C'est surtout dans la nature du sang infiltré ou épanché que l'on parviendra à ce résultat. On mesurera ensuite l'intensité de l'action exercée, moins par la surface de la contusion que par sa profondeur. Il faut de plus déterminer si ces contusions ne résulteraient pas, ou de l'accouchement, ou de la chute de l'enfant sur un corps dur. Les auteurs nous sem-

blent avoir beaucoup trop étendu et généralisé le fait de la possibilité des ecchymoses pendant l'accouchement. Loin de nier cette possibilité, nous avons au contraire fait connaître les résultats des observations à ce sujet; mais nous voulons seulement ne pas donner dans un extrême qui conduit le médecin à toujours douter, et par cela même à ne pas éclairer la justice ; observons d'ailleurs que si, dans un rapport où l'expert n'a qu'une seule source de lumières, il doit être très circonspect, sa conduite devient tout autre lorsqu'il est appelé au tribunal. Là, l'accusée fait connaître toutes les circonstances de son accouchement, et le médecin n'a plus à porter une décision sur des faits généraux, mais bien sur un cas particulier. Pour bien faire concevoir notre pensée, établissons une supposition. Le corps du délit présente une contusion circulaire et superficielle au col, qui n'est pas entouré d'un lien. Un médecin, d'une réserve exagérée peut-être, établit que, quoiqu'il existe une contusion au col, il lui est impossible de décider si elle est le fait d'une pression exercée par un lien placé volontairement, ou par le cordon ombilical contourné autour du col de l'enfant, ou par la pression exercée pendant l'accouchement sur le fœtus par le col de l'utérus contracté, suppositions très larges, comme on le voit. Au tribunal, il apprend 1° que l'accouchement a été facile et de peu de durée ; 2° que le cordon n'était pas entortillé autour du col de l'enfant : par conséquent toute espèce de doute cesse à cet égard. Je pourrais trouver cinquante exemples du même genre qui placent le médecin légiste le plus circonspect dans la possibilité d'émettre une opinion positive. Le talent du médecin consiste à exposer le fait, à le reconnaître, à savoir dans quelles circonstances il peut se présenter, de quelles causes il peut dépendre. Il ne doit pas indiquer ces causes, mais se borner à dire que la blessure peut avoir été le résultat d'une intention criminelle ou d'un accident involontaire. Une marche autre conduirait à l'impunité, parce que l'accusée ayant droit de prendre connaissance des pièces de l'instruction pour établir sa défense, tirerait parti des documents fournis par le médecin pour se soustraire à l'action de la justice.

Il n'est pas douteux que, dans les accouchements laborieux,

le corps du fœtus ne puisse présenter des contusions à telle ou telle partie, suivant que l'enfant a présenté telle ou telle position ; à plus forte raison s'il a fallu employer des manœuvres ou des instruments pour opérer l'accouchement. Mais dans ce dernier cas la supposition d'infanticide n'est admissible qu'autant que la volonté de la mère s'exerce long-temps après sa délivrance, et alors cette cause de mort ne peut plus être invoquée. Nous nous sommes longuement expliqués à cet égard, p. 569 et suiv. On a été plus loin, et bon nombre d'auteurs signalent la contraction du col utérin comme étant capable de produire les mêmes effets dans les parties du corps de l'enfant où elle s'exerce, et par conséquent sur le cou, ce qui peut simuler l'application d'un lien. On a dit que ce qui pourrait établir une différence entre les effets produits par ces deux causes consisterait en ce que l'ecchymose déterminée par le col de l'utérus serait uniforme, tandis que celle produite par un lien ou par le cordon ombilical serait inégalement intense dans les divers points du col. Mais écoutons d'abord le docteur Klein, qu'une longue expérience dans la pratique des accouchements doit faire considérer comme une autorité en cette matière (*Journal de Hufeland*, novembre 1815). Les ecchymoses et les sugillations produites par le cordon ombilical ne sont que des suppositions dont la réalité n'est jusqu'à ce jour établie par aucun fait. « Jamais, dit-il, je n'ai observé de semblables exemples, quoique j'aie reçu un assez grand nombre d'enfants dont le cou était fortement étranglé par un ou deux tours du cordon ombilical, et qui *succombèrent* par l'effet de cette strangulation, ou du moins vinrent au monde avec la face livide et tous les signes d'une mort imminente. Il s'est également présenté dans ma pratique un bon nombre de strictures de l'orifice utérin qui, pendant la version, paralysèrent presque mon bras, et rendirent ensuite très pénible l'application du forceps, parce que le cou de l'enfant était étranglé par cet orifice ; d'autres fois j'ai vu ces strictures autour du col avoir lieu, la tête s'étant, dès le commencement du travail, présentée la première, et je n'ai jamais remarqué sur le fœtus *soit une impression quelconque, soit une simple sugillation.*

» Il serait bien important, sous le rapport médico-légal, de recueillir toutes les observations qui tendraient à prouver la réalité des prétendues traces que laissent sur le fœtus ces étranglements, ces strictures qui appartiennent au travail de l'enfantement. Quant à moi, je me trouve porté à douter de ces effets, par la raison que j'ai pratiqué un grand nombre de versions très pénibles, pendant lesquelles l'enfant avait évidemment manifesté son état de vie par des mouvements; et cependant il m'est arrivé très souvent de ne trouver sur aucune partie de l'enfant mort ou en vie des traces de sugillation, pas même aux endroits où les lacs avaient été appliqués. Combien d'accouchements n'ai-je pas terminés par le forceps sans avoir reconnu la moindre ecchymose sur la tête de l'enfant! Enfin, j'ai observé quinze suicides par suspension, où la corde n'avait produit aucune ecchymose, même superficielle, et l'on voudrait prétendre que le col de l'utérus et même le vagin suffisent pour produire un pareil résultat! »

Quant à l'assimilation de ce phénomène à ce qui se passe dans la suspension, je partage entièrement l'opinion du docteur Klein; comme lui, et plus souvent que lui, j'ai eu l'occasion d'examiner les effets produits par la corde dans le cas de suspension, et je n'ai rencontré d'ecchymose au cou que dans deux cas; encore étaient-ce de simples excoriations de la peau avec ecchymose de cette enveloppe, et de quelques cellules du tissu cellulaire sous-cutané, dans une étendue très circonscrite. Rien de plus étonnant que de voir combien l'opinion contraire a été répandue, et les choses en sont arrivées aujourd'hui à ce point, que les médecins voient une ecchymose dans une légère injection de la peau qui borde le sillon, tandis qu'ils ont de la peine à regarder comme telles de véritables contusions du derme dans toute autre partie du corps et sous l'influence de toute autre cause. Quelques auteurs modernes ont même rassemblé un assez grand nombre de faits qu'ils ont puisés très probablement chez des suppliciés, et où cette altération se trouve notée pour beaucoup de ces cas (Voyez *Asphyxie par suspension.*) Toutefois, ces faits ne nous ont nullement convaincu, parce que nous en ignorons la source précise, et que les observations assez

nombreuses que nous avons été à même de recueillir nous ont conduit à une opinion tout opposée.

Il est une autre considération à faire valoir en faveur de l'opinion du docteur Klein. Si, dans ses faits et dans les miens, qui se rattachent tous à des cas de suicide, la force de constriction opérée sur le cou par le lien, sous l'influence du poids du corps, n'a pas pu produire d'ecchymose chez un adulte, cela ne prouve-t-il pas qu'il est difficile de concevoir comment la constriction du col de l'utérus ou celle du cordon autour du cou de l'enfant pourrait opérer une déchirure du tissu cellulaire et des vaisseaux à cet âge où ces organes jouissent de beaucoup plus d'élasticité ? D'ailleurs, quelle différence d'action entre la pression égale, uniforme, du col de l'utérus, et la pression brusque d'une corde, d'une ficelle, d'un ruban, qui viennent à être serrés tout-à-coup par la traction exercée sur eux sous l'influence du poids du corps ! Enfin, les observations de M. Esquirol, celles de Dehaëen, et l'opinion de M. Orfila, corroborent la manière de voir que nous venons d'établir.

M. Velpeau n'admet pas non plus la possibilité de ces altérations par l'orifice du col de la matrice. De deux choses l'une, dit-il, ou la tête de l'enfant est encore dans le vagin, et alors le col de l'utérus ne peut agir sur le cou ; ou elle en est dehors et a dépassé la vulve ; et dans ce cas encore, le col de l'utérus est trop en arrière et trop distendu par la pression que les épaules exercent en avant, pour opérer une constriction sur le cou.

Les auteurs qui ont admis la possibilité des ecchymoses par le cordon ombilical ont donné, comme moyen de les distinguer de celles qui sont opérées par des liens, l'uniformité de l'ecchymose sous le rapport de ses dimensions dans toute la circonférence du cou. Rose et M. Marc font sentir avec raison qu'un lacet très uni pourrait produire le même résultat. M. Capuron combat, au contraire, leur manière de voir. Il nous semble que cette distinction est tout-à-fait illusoire ; car, dans les cas où le cordon fait le tour du cou, il y a toujours un double lien dans le point d'entrecoisement, et par conséquent le double de largeur, ou une largeur plus grande dans cette partie du cou. Dans le rapport n° 21, à la fin de ce chapitre, un lien fait avec des ru-

bans qui servent aux tabliers de cuisine, et dont la surface est rugueuse, parce que la toile en est grosse, avait été passé trois fois autour du cou; il avait été tellement serré, que le diamètre de cette partie était réduit à 13 lignes, et cependant il n'existait même pas de traces d'excoriation à la peau. Voici néanmoins un rapport dans lequel cette circonstance a jeté dans le doute des médecins légistes du plus grand mérite.

Présomptions d'infanticide; traces de lien au cou. — Fractures directes et par contre-coups des os du crâne. — Ordonnance de non-lieu, ces désordres ayant été considérés comme des effets de causes naturelles. (Annales d'Hygiène et de Médecine légale, tome XIII.)

Obs. CI. — Nous, soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, etc., sur la demande de M. le procureur du roi, nous nous sommes réunis, le 8 avril 1834, à trois heures de l'après-midi, rue..... , n°...., dans un cabinet, situé au second étage, donnant sur une cour, en présence de M. le commissaire de police du quartier....., pour procéder à l'ouverture du corps d'un enfant du sexe féminin, né à terme, et constater son genre de mort.

Le cadavre qui nous a été présenté a été reconnu être celui que trois d'entre nous avaient déjà examiné la veille.

Sa longueur est de 19 pouces et 1 ligne. La distance du sommet de la tête à l'ombilic est de 10 pouces; celle de l'ombilic aux talons est de 9 pouces 1 ligne.

Le cordon ombilical est coupé nettement à 2 lignes de son insertion à l'ombilic; il est flétri et desséché. Les cheveux, les ongles des pieds et des mains, les sourcils et les cils, ainsi que la pesanteur totale de l'enfant, laquelle est de 5 livres 5 onces, attestent sa maturité.

Le cou porte une empreinte circulaire présentant deux raies rouges parallèles et concentriques, s'étendant d'avant en arrière et horizontalement jusqu'à la nuque, où elles paraissent interrompues par des espaces où la couleur naturelle de la peau est intacte. Cette empreinte est plus rouge du côté droit que du côté gauche; elle a la largeur d'une ligne et demie. Son trajet se trouve placé antérieurement entre le larynx et l'os hyoïde, et se termine postérieurement entre l'espace qui sépare l'occipital de la première vertèbre cervicale. La ligne de séparation des deux raies entre lesquelles la peau a conservé sa couleur naturelle est de la largeur d'une demi-ligne. Au côté gauche du cou, vers le milieu de sa surface, sur le trajet de ladite empreinte, on remarque une ecchymose longitudinale un peu oblique, de la longueur de 5 lignes un quart, d'un rouge cerise, et d'une ligne de large; anguleuse à ses deux extrémités.

Au côté droit du cou, sur le trajet de la même empreinte, on rencontre *trois ecchymoses* séparées, dont celle du milieu offre quatre impressions distinctes horizontales, ayant une ligne d'intervalle les unes avec les autres. L'antérieure porte un point d'un rouge plus foncé,

se confondant dans l'empreinte circulaire ; la postérieure, longitudinale, irrégulière, composée de points séparés, est d'une coloration rouge plus foncée que les autres.

Postérieurement une autre empreinte longitudinale et oblique, d'un quart de ligne de large sur quatre lignes de long, d'une couleur moins foncée que la précédente et présentant un peu d'*éraillement* de l'épiderme. C'est le seul point, dans toute l'étendue de l'empreinte, qui offre cette particularité.

La dissection de cette portion de la peau a démontré que le tissu cellulaire sous-cutané était ecchymosé par intervalles, dans la même direction que cette empreinte, et y correspondait dans toute son étendue.

Le larynx et la trachée-artère ne présentaient aucune lésion. La langue ne dépassait pas l'arcade alvéolaire ; elle conservait sa couleur naturelle, ainsi que les lèvres et l'intérieur de la bouche.

La tête, examinée extérieurement, est affaissée et écrasée sur elle-même de haut en bas, présentant sur le front deux taches livides : l'une s'étendant sur toute la moitié du coronal, la portion squammeuse du temporal, tout le pariétal et la portion correspondante de l'occipital gauche ; celle du côté droit, moins étendue, mais plus livide que celle du côté opposé, ne comprend que la portion droite du coronal, le temporal et une portion antérieure du pariétal. Une incision ayant été pratiquée sur le trajet de la suture sagittale, de manière à séparer les téguments du crâne en deux parties latérales, a permis de constater un épanchement considérable de sang noir coagulé, occupant les parties latérales, l'occipital, tout le pariétal gauche et la plus grande partie de la région pariétale droite. Le cuir chevelu est profondément ecchymosé dans son épaisseur ; le périoste est décollé sur presque toute l'étendue du pariétal droit, ainsi que la partie moyenne du pariétal gauche. Après l'enlèvement du périoste, une fracture en éclats intéressant le pariétal droit a été mise à découvert. Cet os est réduit en quatre fragments mobiles qui se divisent en angles irréguliers, aboutissant par leur sommet à la bosse pariétale comme des rayons sur un centre commun. Le périoste est pareillement détaché de la surface de l'os pariétal gauche, qui est aussi fracturé.

La principale fracture suit une direction transversale et forme un angle obtus. Au-dessus de cette fracture, il en existe une seconde partant de la suture sagittale et aboutissant à la bosse pariétale, près du sommet de l'angle obtus désigné précédemment.

Après avoir enlevé les os de la voûte du crâne, et avoir incisé les membranes qui enveloppent la masse cérébrale, le cerveau a paru affaissé, présentant des épanchements sanguins dans les interstices de ses circonvolutions. Les vaisseaux de la dure-mère et de l'arachnoïde sont fortement gorgés de sang noir. Les plexus choroïdes et les parois des ventricules latéraux sont fortement injectés. En arrière du corps calleux, vers le quatrième ventricule, existe un épanchement sanguin très considérable. A la base du crâne, les fosses occipitales postérieures et inférieures sont remplies de sang noir un peu fluide, et la fosse moyenne gauche est également pleine de sang.

Passant ensuite à l'ouverture de la poitrine, nous avons constaté que le diaphragme est refoulé en haut ou voûté ; que les poumons ont une teinte rosée ; qu'ils remplissent la cavité du thorax, excepté le gauche, qui ne recouvre pas complétement le péricarde.

Détachés avec le cœur et placés conjointement dans un vase rempli d'eau claire, ils ont surnagé complétement ; séparés, ils demeurent pa-

reillement à la surface de l'eau ; coupés par petits morceaux, ils laissent percevoir distinctement la crépitation, et chacune de ces portions reste à la surface de l'eau. Il faut ajouter que ces organes sont sains, et que leur légèreté spécifique ne peut être attribuée à un développement gazeux interposé dans leur parenchyme ou à leur surface. Le cœur ne contient point de sang.

Dans l'abdomen, l'intestin grêle est rempli de méconium d'un vert foncé ; le gros intestin en contient aussi dont la couleur est jaunâtre. La vessie est vide ; toutes ses parties d'ailleurs sont dans l'état normal.

D'après cet examen, nous concluons :

1° Que l'enfant est né à terme ou à peu près, et qu'il était viable ;

2° Qu'il a respiré ;

3° Qu'il est difficile de concevoir comment l'enfant serait mort par strangulation et surtout au moyen du cordon ombilical D'abord, parce que l'empreinte circulaire ne répond point au volume ordinaire du cordon ; ensuite, parce que l'empreinte offre deux raies séparées par un intervalle de même couleur que la peau, ce qui est inexplicable dans le système de strangulation par le cordon. Admettant même que le cordon ait fait deux fois le tour du cou, et que les deux circulaires eussent été juxtaposées, on n'expliquerait pas encore le peu d'intervalle qui sépare les deux raies.

4° En supposant que l'enfant eût été étranglé par le cordon ombilical, nous ne pourrions pas mieux concevoir comment la respiration et la vie extra-utérine auraient pu s'établir, à moins que l'enfant n'eût respiré avant la strangulation ; et dans ce cas, les voies de la respiration auraient offert quelques signes de ce genre de mort.

5° Les lésions profondes que nous avons observées à la tête nous paraissent une cause suffisante de la mort ; mais il est difficile de concevoir au premier abord que des désastres aussi graves aient été déterminés par la chute de l'enfant, depuis les parties génitales de la mère jusqu'au sol, à la suite de l'accouchement.

6° Ayant désiré interroger la mère sur cet événement, nous nous sommes transportés auprès d'elle, et elle nous a dit que son enfant était d'abord tombé sur le carreau à la suite de l'accouchement, et qu'il lui était échappé une seconde fois pendant qu'elle le tenait sur ses bras, au moment où elle s'était trouvée mal. Nous avons mesuré la hauteur de ses membres inférieurs depuis les parties génitales, et nous avons trouvé qu'ils avaient deux pieds sept pouces. Mesurant ensuite la distance de sa poitrine au sol, nous avons obtenu un total de trois pieds un pouce. Cette seconde chute nous a paru plus capable que la première de produire les désordres que nous avons constatés à la tête.

8 avril 1834.

Signé, MARC, CAPURON, HAUREGARD, D'HÉRÉ, GUICHARD.

Autre rapport.

Le 12 avril 1834, à dix heures du matin, les médecins soussignés se sont réunis au bureau de M. le commissaire de police du quartier de... pour fixer les conclusions du rapport et en faire le dépôt.

Cependant ils ont cru, pour mieux éclairer leur conscience, devoir procéder à l'examen du bassin de la demoiselle..... Ils ont, à cet effet, délégué MM. les docteurs Capuron et Hauregard, lesquels se sont transportés dans le domicile de ladite demoiselle et ont exploré son bassin. Ils ont trouvé qu'il avait une largeur plus qu'ordinaire à l'extérieur ;

ils ont également constaté qu'à l'intérieur il était d'une forme et d'une largeur normales ; que de plus les parties génitales externes ne présentaient aucun changement notable.

Le placenta ayant été apporté dans le cabinet de M. le commissaire de police et examiné par les médecins soussignés, ils ont reconnu qu'il n'offrait rien d'irrégulier dans sa structure ni dans sa forme, et que la portion du cordon ombilical qui y adhérait encore avait une longueur de 32 pouces.

Les médecins soussignés conclurent de ce qui précède, que, d'une part, les dimensions du bassin ; d'une autre part, la longueur du cordon ombilical, peuvent expliquer l'expulsion brusque de l'enfant et sa chute sur le sol. (12 avril 1834.)

Signé, D'HÉRÉ, MARC, CAPURON, GUICHARD, HAUREGARD.

Extrait du réquisitoire de M. le procureur du roi.

Le 8 avril dernier, la demoiselle.... accoucha seule dans sa chambre. L'enfant tomba par terre, fit entendre des cris ; sa mère le ramassa, se transporta jusqu'à la porte, qu'elle entr'ouvrit pour demander des ciseaux à sa jeune sœur ; celle-ci les lui ayant donnés, la demoiselle...... referma sa porte, se transporta près de son lit et perdit connaissance ; l'enfant retomba une seconde fois. Lorsque la mère eut repris ses sens, elle coupa le cordon ombilical, plaça son enfant dans son lit, mais il n'existait déjà plus. La tête de l'enfant présentait une tuméfaction considérable au front, au côté droit, etc.

L'autopsie du cadavre a été faite par les docteurs Hauregard, Guichard, Marc, Capuron et d'Héré, qui ont également exploré le bassin de la mère.

Il est résulté de leur rapport, etc. Ainsi la mort ne peut être attribuée à un crime.

Ce cas est un des plus obscurs que j'aie rencontrés, parce qu'indépendamment que quelques auteurs, *Klein* entre autres, contestent la possibilité d'ecchymoses produites par le cordon ombilical, le double sillon ecchymosé, situé autour du cou ne répondait pas, ainsi que nous l'avons dit, au volume ordinaire du cordon ombilical. Cependant, la longueur considérable de celui-ci (32 pouces) expliquerait *jusqu'à un certain point* la possibilité qu'ayant fait deux fois le tour du cou, les deux circonvolutions auraient pu s'effectuer en laissant entre elles un intervalle peu considérable, il est vrai, mais à l'abri de toute compression, et dont la peau, par conséquent, aurait pu conserver son état normal.

Mais comment, avec cette supposition, expliquer l'absence de tout autre signe de suffocation ? On ne le pourrait autrement qu'en supposant que l'action de la compression produite par le cordon ombilical n'aurait duré que pendant la vie fœtale, et qu'elle aurait cessé aussitôt après, ou même déjà pendant l'expulsion, ce qui aurait permis à l'enfant de respirer et de crier.

Quant aux lésions graves observées sur les os du crâne, il me paraît peu probable qu'elles aient été produites par la première chute de l'enfant, la mère étant d'ailleurs d'une petite stature. Mais il est plus vraisemblable qu'elles ont pu avoir lieu par l'effet de la seconde chute, lorsque la mère, au moment de tomber en syncope et prise peut-être d'un mouvement convulsif, aura jeté avec violence de ses bras l'enfant qu'elle y tenait. Ainsi s'expliquerait aussi comment, par le contre-coup,

des fractures auraient pu avoir été produites sur le côté du crâne opposé à celui qui le premier aurait frappé un corps dur. (*Voyez* sur ce sujet en général ce que j'ai dit au mot Infanticide du *Dictionnaire de Médecine* en 21 vol., tome XII, page 186 jusqu'à la page 194.) Je sais qu'on pourrait objecter que l'enfant tenait encore au cordon; mais il ne faut pas perdre de vue que celui-ci avait près de trois pieds de long.

Pour ce qui concerne la section du cordon ombilical à deux lignes de son insertion dans l'ombilic, on ne saurait en tirer aucune conséquence pour ou contre la nécessité de la ligature; car ici, d'après le récit de la mère, cette section aurait été faite après la mort de l'enfant. Aussi n'avons-nous trouvé aucun signe indiquant une hémorrhagie ombilicale.

Marc.

Nous nous permettons quelques réflexions sur ce rapport très circonstancié et plein d'intérêt. Le réquisitoire de M. le procureur du roi s'appuie des conclusions des experts pour ne pas attribuer la mort à un crime. Mais il nous semble que les experts ont dit le contraire; car dans leurs troisième et quatrième conclusions, ils ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas expliquer la strangulation par le cordon ombilical. Ils ont été plus loin, et ils ont avancé qu'il leur était difficile d'expliquer les blessures par le fait seul de la chute; c'était bien faire pressentir qu'il fallait les attribuer à une autre cause.

Pour moi, le corps de délit dont nous venons de rapporter la description me paraît être un corps de délit d'infanticide. Je me fonde, *entre autres faits*, 1° sur l'impossibilité que le cordon ombilical puisse produire sur la peau du cou d'un enfant un *éraillement de l'épiderme*, des ecchymoses de la *peau* et du tissu cellulaire, ainsi qu'une empreinte d'une ligne et demie de largeur seulement; 2° sur ce que la chute d'un enfant tenu sur les bras, et par conséquent horizontalement, et peut-être même la tête en haut, puisse amener des désordres aussi graves que ceux qui ont été décrits. M. Marc cherche à se rendre compte de ces lésions, et il admet la possibilité que la mère tombant en syncope, ait été prise de certains mouvements convulsifs qui lui auraient fait jeter son enfant avec violence sur le carreau. Mais d'abord si la syncope est survenue, la flaccidité des membres de la mère s'est nécessairement montrée en premier lieu; et par conséquent la chute de l'enfant s'est effectuée à ce moment, c'est-à-dire avant les convulsions. Dans la supposition même où des convulsions se seraient manifestées de prime abord, quel est l'état convulsif dans lequel les deux membres supérieurs, agissant d'un commun accord, saisiraient un objet du volume d'un enfant, se fléchiraient sur eux-mêmes, pour exécuter ensuite le mouvement de projection, et de manière à ce que la tête vînt frapper perpendiculairement le sol? Cela est peu concevable. D'ailleurs la mère déclare seulement qu'elle *a perdu connaissance;* donc elle est tombée primitivement en syncope.

Fractures et luxations. — Les considérations que nous avons établies sur la manière dont il fallait envisager les contusions du fœtus peuvent s'appliquer aussi aux fractures et aux luxations; car, comme elles, elles peuvent être l'effet d'un accouchement laborieux. C'est avec raison que M. Marc a appelé l'attention sur la valeur que l'on doit attacher à toutes ces alté-

rations suivant leur siége. « Les fractures et les luxations, dit-il, autres que celles qu'on remarque à la tête et au cou, sont rarement le résultat d'une intention criminelle; et dans le cas où elles le sont, on observe d'autres marques de sévices qui peuvent éclairer sur la véritable cause de la mort. » Quoique cette remarque soit bonne en thèse générale, nous ne pouvons nous dispenser de faire observer que c'est aussi le plus souvent à la tête que surviennent les lésions résultant d'accouchements difficiles. Toutefois, comme les violences exercées sur l'enfant sont toujours dirigées vers les organes les plus importants de l'économie, l'observation de M. Marc est toujours juste. D'ailleurs, lorsque des fractures et des luxations surviennent pendant un accouchement, il est bien rare que cet accouchement se soit terminé sans le secours de l'art, ce qui exclut toute idée d'infanticide. M. Velpeau et plusieurs autres accoucheurs en ont cependant rapporté des exemples. Les fractures et les luxations peuvent-elles aussi être l'effet d'un accouchement facile, en ce sens que l'enfant venant à sortir tout-à-coup des organes génitaux, aurait été projeté sur un corps dur? M. Henk a établi en principe que la sortie brusque de l'enfant peut occasionner des fractures du crâne, des épanchements sanguins dans le cerveau, des commotions cérébrales mortelles, etc. Chaussier a non seulement émis la même opinion, mais il l'a encore appuyée d'expériences nombreuses dont voici les résultats.

On a laissé tomber quinze enfants morts-nés, perpendiculairement, d'une hauteur de dix-huit pouces sur un sol carrelé, de manière à ce que la tête vînt porter la première; il en est résulté une fracture à l'un des pariétaux sur douze d'entre eux. Même résultat a été observé à l'égard de quinze enfants que l'on avait laissé tomber d'une hauteur de trois pieds, seulement les fractures étaient plus étendues; et quand on a agi à une plus grande distance, alors sont survenus des relâchements, des déchirures des commissures membraneuses de la voûte du crâne, des ecchymoses et des épanchements de sang dans la cavité des méninges; quelquefois même le cerveau a été altéré dans sa substance.

On a laissé tomber de la même manière quinze enfants, de la hauteur d'un mètre (trois pieds quatre pouces); et par la dissection, on a reconnu, sur douze d'entre eux, une fracture des os pariétaux étendue chez quelques sujets jusqu'à l'os frontal. Lorsqu'on a laissé tomber l'enfant d'une plus grande hauteur, les commissures membraneuses de la voûte du crâne étaient relâchées et même rompues en quelques points; souvent la forme du cerveau était altérée, et dans quelques cas, on a trouvé sous la méninge ou dans l'épaisseur de la méningine une ecchymose, un épanchement de sang produit par la rupture de quelques vaisseaux. Ce ne fut que sur des enfants dont les os du crâne étaient très mous et très flexibles qu'on ne trouva pas de fractures.

La tête de quinze enfants ayant été comprimée sur une table, avec les deux pouces fortement appuyés sur la surface du crâne, on obtint chez sept d'entre eux des fractures longitudinales aux pariétaux; dans les autres, il existait une dépression ou un enfoncement des os, et chez tous une déformation plus ou moins grande de la tête. Enfin, des désordres beaucoup plus grands sont survenus lorsqu'on a frappé la tête avec un bâton.

Parmi toutes ces expériences, il n'y a véritablement que les premières qui aient quelque rapport avec ce qui pourrait se passer dans un accouchement facile, où la femme, étant debout, les jambes écartées, expulserait l'enfant, qui viendrait tomber sur le sol; et si, d'après Chaussier, douze enfants morts sur quinze, ont pu présenter des fractures en tombant seulement de dix-huit pouces de hauteur, on serait porté à conclure de là que ce genre de lésion est on ne peut plus commun dans le mode d'accouchement que nous venons de signaler. Resterait cependant à savoir si l'on peut inférer d'un enfant mort à un enfant vivant? Eh bien! l'observation vient détruire de fond en comble l'échafaudage hasardé de propositions que l'on a pu et que l'on pourrait émettre à ce sujet.

M. Klein, profitant de l'influence que lui donnait sa qualité de membre du conseil supérieur de santé, provoqua une circulaire qui fut adressée par le gouvernement à toutes les personnes qui, dans le royaume de Wurtemberg, pratiquent des accou-

chements ou y assistent, afin qu'elles eussent à s'occuper de la vérification du point de doctrine dont il s'agit, toutes les fois que l'occasion s'en présenterait. Cette vérification devait surtout avoir lieu chez des femmes qui n'auraient aucun intérêt à cacher leur grossesse ou à altérer la vérité. Le résultat de cette mesure fut que cent quatre-vingt-trois observations bien constatées parvinrent au conseil de santé. Elles rendirent compte de cent cinquante expulsions brusques, les mères étant debout; de vingt-deux, les mères étant assises; et de six, les mères étant à genoux, le corps incliné en avant; enfin, sur les cent quatre-vingt-trois accouchées, il y a eu vingt-et-une primipares. Or, dans ces cent quatre-vingt-trois cas, il n'y a pas eu *un seul enfant de mort; aucun n'a éprouvé de fissure ou de fracture des os du crâne*, ou toute autre lésion quelconque. Tous ont conservé leur santé, quoique les uns fussent tombés sur un sol planchéié; les autres sur le pavé, et même de la hauteur d'un étage dans l'auge sèche des latrines. La conséquence la plus immédiate et la plus sensible de ces chutes, a été une asphyxie passagère chez deux enfants qui étaient tombés sur le pavé; un autre, tombé sur le sol de la chambre, avait une legère impression avec sugillation sur le pariétal droit; mais ces accidents ont également lieu dans les accouchements ordinaires. Chez trois qui étaient tombés sur un clou du plancher, ou sur le bord de la marche d'un escalier en pierre, on remarqua une petite plaie superficielle qui n'avait aucune importance. Chez dix-huit expulsés inopinément, les mères étant debout, on observa de légères taches ou raies bleues résultant d'une chute sur le parquet; chez un autre enfin, un léger éraillement de la peau du front par l'effet d'une chute dans les latrines. Il n'y a pas eu chez aucun de ces enfants d'hémorrhagie ombilicale, quoique, chez plusieurs, le cordon eût été déchiré à quatre, trois, deux, et même à un pouce du bas-ventre. Chez vingt-et-un enfants, il était même pour ainsi dire comme arraché dans le ventre, et il a fallu panser la plaie, soit avec de l'agaric, soit avec un emplâtre. (Article INFANTICIDE, *Dict. de méd.*, pag. 188, tom. XII.)

Ces résultats, qui sont le fait de l'observation, parlent trop

par eux-mêmes pour qu'on ait besoin d'y rien ajouter ; nous ferons cependant remarquer que J. Gardner et Glokkengieser ont vu des cas de fractures et de lésions graves sur des fœtus morts dans l'utérus par suite de violences exercées sur leur mère. Quant au fait observé par M. Chaussier de cent trente fractures sur le squelette d'une petite fille qui avait vécu vingt-quatre heures, et dont la naissance avait été facile, il ne prouve rien autre chose que, dans ce cas exceptionnel, la constitution de l'enfant était toute spéciale, et analogue à ces faits bien connus de cachexie cancéreuse, où les os se rompent quelquefois par les seuls efforts des malades qui en sont affectés, ou sous l'influence de la pression exercée par le poids de leurs corps ; c'est ainsi que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dupuytren, en 1818, une femme qui succomba à une affection de ce genre, et sur le corps de laquelle j'ai trouvé, en disséquant le squelette à l'amphithéâtre de la Pitié, cent vingt-trois fractures disséminées sur les divers os. Je sais bien qu'il n'est pas impossible qu'un enfant de la constitution de celui que cite Chaussier ne devienne le corps de délit présumé d'un infanticide ; mais en procédant à l'ouverture du corps et aux opérations nécessaires à son exploration, les médecins seront certainement frappés de la friabilité des os, et tiendront compte de cette circonstance pour mesurer la valeur qu'ils doivent attacher aux altérations qu'ils auront observées.

Nous ne nions donc pas la possibilité d'une fracture au crâne sous l'influence d'une chute de l'enfant dans un accouchement facile, mais cette discussion aura servi à faire sentir la rareté de cette lésion dans de semblables circonstances. Voici au surplus un exemple qui met cette *possibilité* hors de doute ; il a été tiré du *Système de Médecine légale* de Metzger, et traduit par M. Taufflieb, qui m'en a donné communication.

Mort d'un fœtus par l'effet de sa chute sur un sol pavé, dans un accouchement brusque. (*Wildberg, Magazin für die gerichtliche, arzneiwissenschaff.* Berlin, 1831, page 62.)

Obs. CII. — Une femme de la campagne, bien portante, robuste, qui était déjà accouchée deux fois avec facilité et promptitude, était arrivée

vers le terme de sa troisième grossesse, lorsqu'elle se hasarda d'aller au marché dans une petite ville voisine, pour y vendre des comestibles. Ayant été surprise par les douleurs de l'accouchement, elle se hâta de ramasser ses marchandises pour les transporter dans une maison appartenant à des personnes de sa connaissance. Pendant qu'elle s'en allait, la poche des eaux se rompit ; elle n'eut que le temps de gagner un coin retiré du marché, pour s'appuyer contre un mur, les douleurs étant devenues de plus en plus insupportables. Mais aussitôt une contraction violente produisit l'expulsion brusque de l'enfant avec son placenta, et sa chute sur un *pavé inégal*. La mère allait ramasser son enfant, lorsqu'elle fut surprise par une hémorrhagie très forte qui l'effraya au point qu'elle perdit connaissance. Revenue à elle, cette femme appela à son secours quelques personnes qui passaient près d'elle. On accourut aussitôt pour lui donner des soins ; mais l'enfant fut trouvé mort, baigné dans le sang de sa mère, et en rapport avec le placenta par le cordon ombilical, qui était intact.

L'autopsie fournit les résultats suivants : longueur du cadavre, 19 pouces; longueur du cordon ombilical, depuis l'ombilic jusqu'au placenta, 13 pouces seulement. Respiration parfaitement accomplie. Près de la grande fontanelle, au-dessus de l'angle supérieur et antérieur du pariétal gauche, on trouva une tumeur bleuâtre très considérable, renfermant une grande quantité de sang coagulé. La portion du pariétal gauche constituant l'angle antérieur et supérieur de cet os était totalement séparée de ce dernier par une fracture qui s'étendait depuis le milieu de la suture sagittale jusqu'à la partie latérale de la suture coronale ; de cette solution de continuité partaient trois fissures divergentes, se dirigeant sur la partie postérieure du même os pariétal. Sous la partie de la dure-mère correspondant à la fracture, existait un épanchement de sang coagulé de l'étendue d'une pièce de six francs.

La différence entre le résultat des observations de Klein et celui des expériences de Chaussier peut être expliquée par cette circonstance, que la force expultrice de l'utérus n'est pas perpendiculaire au sol, lorsqu'une femme est debout, mais bien plus ou moins oblique, suivant la direction que cet organe a prise pendant son développement, en sorte que le sommet de la tête de l'enfant ne vient jamais frapper directement le plancher, mais que l'enfant glisse, soit sur la face, soit sur le dos, selon la position dans laquelle il a été expulsé.

M. Marc résume son opinion sur ce sujet de la manière suivante : « 1° Il n'est pas impossible que l'expulsion brusque et imprévue de l'enfant, suivie de sa chute sur un corps dur, puisse produire des fractures et autres lésions graves à la tête ; 2° que cet effet est en général *fort rare*, et qu'il est à peu près impossible, lorsque l'enfant ne tombe sur le sol que d'une hauteur égale à la distance ordinaire des parties génitales de la femme ; 3° qu'il est peu probable, à moins que l'enfant ne

tombe d'une hauteur considérable, que sa chute entraîne instantanément la mort; 4° qu'il est impossible, l'enfant étant d'ailleurs régulièrement constitué, que cette mort survienne dès les premières heures de la naissance par le seul effet de sa chute sur le sol, de la hauteur des parties génitales de la mère, celle-ci étant même debout; 5° qu'il faut un degré de violence beaucoup moindre pour fracturer le crâne d'un enfant mort que pour fracturer celui d'un enfant vivant. »

On comprendra par le fait suivant toute l'importance de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer; il démontre l'influence facheuse que les opinions de Chaussier peuvent encore exercer.

Cour d'assises de la Seine, 29 octobre 1836. — Une jeune fille de dix-sept ans accouche, dans la nuit du 31 mai au 1er juin, dans la commune d'Ivry. Elle sort de chez elle pressée par l'envie d'aller à la selle, et va se placer au-dessus d'un trou profond de dix-huit pouces; pendant les efforts pour aller à la selle, l'enfant sort. Elle le prend, le ramène à sa mère, et peu de temps après il expire, quoiqu'il fût bien vivant et jetât des cris au moment où elle l'avait donné à la femme Bout....... Le rapport de MM. Ollivier et West constate que l'enfant pouvait avoir huit mois, qu'il a vécu, et que la respiration a été complète; le crâne était brisé en plusieurs endroits et pour ainsi dire broyé; il existait dans le cerveau et dans la poitrine une certaine quantité de sang; il y avait sur les bras et au cou des contusions qui indiquaient qu'une forte pression avait eu lieu en ces endroits; du sang était sorti par les narines; une partie avait été avalée et on l'a retrouvée dans l'estomac.

(Me Bonjour, avocat, demande si de l'eau sucrée que lui avait donnée la mère, et qui n'a pas été retrouvée à l'autopsie, n'aurait pas pu avoir été absorbée. Que l'on fasse boire, ajoute-t-il, de l'eau à un jeune chat, et qu'on le tue aussitôt; qu'on l'ouvre plus tard, on ne retrouve pas d'eau. M. Ollivier déclare le fait impossible.)

Me Bonjour discute ensuite dans son plaidoyer la question de savoir si la mort de l'enfant doit être le résultat d'un accident ou d'un crime. Cette discussion terminée, il tire de sa toque un petit corps blanc et rond qu'il élève en l'air, et dit : « Ceci, Messieurs, c'est le crâne d'un enfant de huit mois; voyez comme les os en sont minces et flexibles (en ce moment le défenseur fait craquer le crâne entre ses doigts). Figurez-vous donc un enfant avec un crâne pareil chassé précipitamment des flancs d'une mère jeune et vigoureuse, pleine de santé; figurez-vous-le tombant dans un fossé de dix-huit pouces : dix-huit pouces, messieurs, pour un homme, c'est un pas; pour un enfant, c'est un précipice, c'est un abîme où sa vie va s'engloutir. »—Acquittement. (Journ. *le Droit*, 30 octobre 1836.)

Il est douteux que cette affaire eût eu le même résultat si les faits recueillis par Klein, et que nous avons exposés à la page 689, eussent été connus du jury.

Nous avons été chargés, M. Ollivier et moi, le 5 août 1839,

de procéder à l'examen d'un enfant qui a offert des circonstances remarquables que les auteurs n'ont pas encore signalées. Une femme mariée, cuisinière chez un traiteur de barrière, avait déjà fait une fausse couche à sept mois ; elle était arrivée au terme de sa seconde grossesse, mais elle ne se croyait pas aussi avancée ; tout-à-coup elle est prise des douleurs de l'accouchement ; la salle du traiteur étant remplie de monde, elle n'ose monter à sa chambre, et se trouvant près de la cave elle y entre ; elle accouche demi-fléchie, le dos appuyé contre le mur. Le cordon, dit-elle, s'est rompu, mais nous avons reconnu *qu'il avait été coupé;* la femme perd bientôt du sang en abondance ; elle appelle ; on lui porte des secours, et l'on trouve l'enfant mort.

Après avoir reconnu que le cordon était sans ligature et coupé à deux reprises différentes, à son extrémité libre au moyen probablement de ciseaux mal tranchants, nous voyons à la tête deux ecchymoses, l'une à droite, de 1 pouce de diamètre, l'autre, à gauche, de 2 pouces 1/2 de largeur. Dans la première, se trouvait du sang pur, infiltré dans le tissu cellulaire ; dans la seconde, le sang était mêlé de sérosité. — Une fracture existait au pariétal gauche ; telle était sa direction que partant du milieu du bord supérieur de cet os, elle se rendait directement en bas et au-dessous de la bosse pariétale, la contournait en se dirigeant directement en arrière jusque vers la partie moyenne du bord postérieur de l'os en se réunissant à un espace vide de forme triangulaire, ayant environ 5 lignes sur chacun de ses côtés, et au centre duquel était une petite portion d'os très mince et de peu d'étendue ; la fracture, légèrement oblique à son origine, avait coupé en travers la direction tout-à-fait verticale des fibres osseuses jusqu'auprès de la bosse pariétale, en sorte que ses bords étaient nets et suivaient une ligne droite ; mais, à partir de ce point, les deux bords de la fracture étaient ondulés, amincis, ne se touchaient pas ; et à 1 ligne ou 2 lignes en dehors, l'os avait au contraire une épaisseur beaucoup plus marquée ; il y avait là un défaut d'ossification par suite peut-être d'une maladie ; le pariétal droit était fort bien ossifié. Nous dûmes tenir compte de cette circonstance, et faire sentir combien un pareil os était

friable, en admettant, comme le disait la mère, que l'enfant fût tombé la tête sur le sol. Toutefois, la circonstance de la contusion du côté droit, réunie à la déclaration de la mère, qui disait que le cordon s'était rompu, tandis que nous avions reconnu qu'il avait été coupé à deux reprises différentes, ont servi à faire appeler l'attention des magistrats sur la possibilité que des manœuvres criminelles eussent été exercées sur l'enfant, en présentant toutefois cette assertion sous une forme tout-à-fait dubitative. — Il y a donc certaines conditions des os dont il faut tenir compte dans l'examen de pareilles blessures.

Il est une lésion qui tue instantanément l'enfant, et qui souvent pourrait échapper aux recherches du médecin, c'est la luxation de la tête sur la colonne vertébrale. Les désordres pourraient être tels, qu'il n'existât aucune ecchymose à l'extérieur, capable d'en déceler la présence. La mobilité de la tête n'éclairerait pas plus dans ce cas, parce qu'elle est commune à tous les nouveaux-nés, principalement en été, où les parties molles sont excessivement relâchées, tandis qu'en hiver elles conservent pendant assez long-temps de la rigidité. La connaissance de ces faits doit engager le médecin à bien explorer profondément la partie supérieure du cou de l'enfant.

Blessures par instruments piquants ou tranchants. — La même incertitude ne règne pas à l'égard de ces lésions. Ici, il ne s'agit que de reconnaître si la blessure a été faite pendant la vie ou après la mort. Nous exposerons les moyens d'arriver à cette distinction lorsque nous traiterons de la question de savoir si les blessures ont été faites pendant la vie ou après la mort (*voy.* le chap. des BLESSURES); seulement nous ferons remarquer ici combien il est important de préciser quelles ont pu être les conséquences de telle ou telle lésion; de déterminer le temps qui a pu s'écouler entre le moment où la blessure a été faite et celui où la mort est survenue; de rechercher l'espèce d'instrument dont on a pu se servir; résultats auxquels on arrive en tenant compte de la forme de la plaie, de son étendue en largeur et en longueur, de sa profondeur, et surtout en examinant si les lèvres de la blessure sont coupées net, ou déchirées, ou ecchymosées, etc. (*Voyez* un cas de ce genre,

p. 528.) Le médecin ne saurait, au reste, entrer dans des détails trop minutieux dans la description de ces faits. Quant à la gravité des blessures et aux conséquences qu'elles ont pu entraîner, nous renvoyons aussi au chapitre des Blessures. — Les auteurs ont généralement placé au nombre des causes de mort criminelle de l'enfant, l'empoisonnement et la détroncation ; on ne connaît pas jusqu'alors d'exemple de ces genres de mort, qui ne pourraient du reste être constatés, le premier qu'à l'aide des notions que donne la chimie (*voyez* la partie toxique de cet ouvrage), le second en établissant que la détroncation a eu lieu du vivant de l'enfant. — Enfin, on a placé au nombre des causes de mort, en matière d'infanticide, la combustion. (*Voyez*, pour les moyens de la reconnaître, les Brulures.)

Si nous résumons l'étude des violences qui peuvent élever des soupçons d'infanticide, nous voyons que toute blessure ou violence doit toujours être envisagée sous le point de vue de savoir : 1° si elle n'aurait pas pu avoir été le résultat de l'accouchement ; 2° l'effet d'une chute ou d'un accident arrivé à l'enfant ; 3° le résultat involontaire de phénomènes nerveux survenus à la mère après l'accouchement ; 4° si cette blessure a pu causer la mort ? C'est en ayant égard à ces circonstances, que Foderé a pu réhabiliter la fille Marguerite Granger, dont nous allons donner l'histoire détaillée comme un cas remarquable d'expertise médico-légale.

Obs. CIII. — « *Marguerite Granger,* accusée d'infanticide, avait déclaré qu'elle était tombée, neuf jours avant ses couches, n'étant pas tout-à-fait à terme, et qu'elle était accouchée seule dans son lit, une heure après s'y être mise, et quatre heures après la première douleur. Elle prétendit qu'elle n'avait pas entendu crier son enfant au moment de la naissance, qu'elle ignorait comment elle avait rompu le cordon ombilical, *quels efforts elle avait pu faire* sur l'enfant en l'arrachant elle-même de son sein. C'était sa première couche. On la vit les mains teintes de sang après l'accouchement, et la délivrance eut lieu quatre heures plus tard. Elle déclara qu'elle n'avait pas été bien sûre de sa grossesse, et que son chirurgien avait partagé son opinion. Nulle trace de sang n'avait été reconnue par le juge de paix dans aucun endroit ni sur aucun des meubles du cabinet où cette fille couchait et d'où elle n'était pas sortie. Le rapport des médecins portait : « Que le corps de l'enfant était sain » et sans corruption ; qu'il leur paraissait être venu à terme ; que le cor- » don n'avait été ni lié ni coupé, mais déchiré à un pouce et demi du » ventre ; qu'il existait une ecchymose répandue tant sur la tête qu'au

» cou et à la poitrine, principalement du côté gauche; qu'ils avaient » observé *vingt-quatre ou vingt-cinq blessures* ou *meurtrissures*, longues la plupart de quelques lignes, les plus longues n'excédant pas » dix-huit lignes, dont quelques unes affectaient une forme circulaire; » les autres étaient droites, n'ayant pas toutes plus d'une ligne de largeur, situées sur les différentes parties de la face, excepté six, répan- » dues au col et à la partie supérieure de la poitrine : *ce qui leur avait* » *fait présumer que la tête de cet enfant avait pu être lancée contre* » *quelque corps étranger et dur, dont les impressions étaient inégales;* » qu'ayant examiné la bouche, ils avaient vu la mâchoire inférieure divisée » en deux et fracturée à sa symphyse, *laquelle séparation avait pu pro-* » *venir des efforts faits pour empêcher l'enfant de crier ou pour l'é-* » *touffer;* qu'ils avaient aperçu au-dessus de l'oreille gauche une dépres- » sion ou enfoncement qui n'existait point au côté droit et n'était pas » ordinaire; qu'ils s'étaient déterminés à ouvrir la tête, et avaient reconnu » le pariétal gauche enfoncé dans sa partie inférieure; qu'à l'ouverture du » crâne, il s'était écoulé beaucoup de sang liquide, ce qui n'aurait pas » eu lieu si l'enfant fût mort avant que de naître, et s'il n'avait pas été » contus, parce qu'on avait trouvé beaucoup de sang extravasé à la » base du crâne; que pour s'assurer davantage si l'enfant était vivant en » venant au monde, ils avaient ouvert la poitrine, à l'inspection de la- » quelle ils s'étaient convaincus que le poumon avait été dilaté et gon- » flé par l'air extérieur, ce qui prouvait qu'il était vivant en sortant de » la matrice. » En conséquence, les médecins prononcèrent qu'il y avait eu infanticide, et la femme fut condamnée à mort par le tribunal criminel du département de l'Yonne.

» MM. Bourdois, Baudelocque, six médecins et trois chirurgiens de Troyes, ainsi que M. Foderé, furent consultés en même temps. Leurs rapports offrant les mêmes conclusions, nous nous bornerons à faire connaître celui de M. Foderé, qui chercha d'abord à établir que les vingt-quatre ou vingt-cinq lésions peu étendues auxquelles les experts donnaient indifféremment et mal à propos le nom de *blessures* ou *meurtrissures*, n'avaient rien de commun avec un choc, et qu'elles annonçaient plutôt la manière dont la fille s'était délivrée et les armes dont elle avait fait usage pour cela; que la division de la symphyse de la mâchoire inférieure attestait seulement les efforts que l'accusée avait dû faire, au milieu des plus violentes douleurs, pour se délivrer par tous les moyens possibles d'un premier enfant; que l'enfoncement du pariétal et la dépression observée au-dessus de l'oreille étaient un effet assez ordinaire de l'accouchement; que le sang fluide épanché à la base du crâne se rencontrait chez tous les enfants dont la tête était restée long-temps au passage, et qui avaient péri dans cette pénible fonction; que, d'ailleurs, les ventricules cérébraux des nouveaux-nés contenaient ordinairement beaucoup de sérosité rougeâtre, et le cerveau beaucoup de sang; qu'ainsi il était absurde d'en inférer que l'enfant était né vivant; que le défaut des épreuves respiratoires empêchait d'établir cette dernière conséquence, laquelle était, d'ailleurs, écartée par l'état du cordon ombilical, rompu très près du ventre, qui aurait sans doute donné lieu à une hémorrhagie dont on aurait observé les traces si l'enfant était né vivant; mais que précisément parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, c'était une preuve que l'enfant était mort en naissant, s'il ne l'était pas déjà avant que de naître. La femme fut acquittée. » (Capuron, *Médecine légale*, p. 350.)

En rapportant ce fait, M. Orfila a cru devoir le faire suivre des ré-

flexions ci-jointes, qui nous paraissent être une critique sévère, mais souvent juste, de la consultation de Foderé. « La lecture du mémoire consultatif de M. Fodéré fait naître de nombreuses réflexions. On voit d'abord combien le premier rapport des médecins est incomplet, mal rédigé et loin d'autoriser les conclusions qui le terminent; aussi devait-on parvenir facilement à en faire sentir toute la nullité. Les moyens employés par le professeur de Strasbourg pour rendre la liberté à l'accusée sont en général basés sur des faits dont on ne saurait contester l'importance et la vérité; il en est cependant quelques uns dont la valeur peut être discutée, et il nous paraît d'autant plus essentiel de le faire, que la réputation dont jouit l'auteur qui les a mis en avant pourrait porter les médecins qui seraient appelés dans des cas analogues, à prendre pour modèle le mémoire qu'il a rédigé. Après avoir établi que les vingt-quatre ou vingt-cinq blessures n'avaient rien de commun avec un choc, M. Foderé ajoute *qu'elles annoncent plutôt la manière dont la fille s'était délivrée, et les armes dont elle avait fait usage pour cela.* Ces armes étaient sans doute les mains et les ongles; et dès lors n'était-il pas nécessaire d'examiner si les coups d'ongle avaient été donnés dans un dessein criminel? Nous avons été chargé, il y a deux ans, de déterminer la nature de dix ou douze blessures semblables que présentait le bras gauche d'un fœtus de huit mois; nous reconnûmes qu'elles avaient été faites par des ongles, et le magistrat ne tarda pas à se convaincre que les coups avaient été portés par la mère après la naissance de l'enfant. M. Foderé ajoute *que si l'enfant était né vivant, il aurait perdu beaucoup de sang par le cordon ombilical, qui avait été rompu très près du ventre, et que précisément parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, l'enfant était mort en naissant ou peu avant de naître.* Mais il est dit expressément dans le rapport des premiers médecins *que le cordon ombilical n'avait été ni lié ni coupé*, mais *déchiré* à un pouce et demi du ventre: or la déchirure du cordon peut n'être pas suivie d'un écoulement sanguin considérable, si l'extrémité déchirée présente des traces d'ecchymose et de coagulation. Et comment M. Foderé a-t-il pu assurer que le cordon n'avait pas donné *une seule goutte de sang?* Est-ce parce que le juge de paix n'en avait reconnu aucune trace sur les meubles du cabinet? Cette preuve est loin d'être concluante, parce qu'on aurait pu laver les taches formées par le sang qui se serait écoulé. Mais admettons qu'il en fût ainsi, serait-il permis d'affirmer qu'un enfant serait mort-né, parce que la portion rompue du cordon ombilical n'aurait point fourni une seule goutte de sang, lorsqu'on sait que dans beaucoup de cas où le cordon n'est coupé qu'après que la respiration a été parfaitement établie, il n'y a aucun écoulement de sang par l'extrémité coupée du cordon? » (Voyez les *Leçons de méd. lég.*, tome. Ier, page 455.)

VII. La mort a-t-elle été la suite d'un défaut de soins?

La mort a eu lieu naturellement; mais on eût pu l'éviter si on avait donné des soins à l'enfant. Ici, ou le défaut de soins est le fait de l'ignorance, et alors il n'y a pas de crime; ou bien l'omission a été volontaire, et dans ce cas elle constitue un homicide involontaire par négligence, qui ne constitue qu'un simple délit.

Hémorrhagie par le cordon ombilical. — La première omission possible est celle de la ligature du cordon après sa section. Les médecins ne sont pas d'accord sur l'influence positive que peut exercer l'omission de cette ligature. Les uns la regardent comme une circonstance qui n'est pas capable d'opérer la mort ; ils se fondent sur ce que l'hémorrhagie ne survient jamais chez les animaux. Mais on objecte avec raison que la femelle, pour opérer la section du cordon, le mâche et le sépare en deux parties par une sorte d'arrachement, action capable de prévenir l'hémorrhagie en déterminant le resserrement des vaisseaux et l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire ambiant. Les autres, et Rose en particulier, établissent sur le sujet qui nous occupe des données générales qui nous paraissent se rapprocher beaucoup plus de la vérité.

Avant l'établissement de la respiration. — L'hémorrhagie n'a presque jamais lieu, lorsque le cordon n'est pas coupé, et que le placenta, décollé entièrement, sort en même temps que l'enfant. — Quand le cordon est coupé près du placenta, il est extrêmement rare de la voir survenir. — Elle est d'autant plus fréquente et possible, que le cordon est coupé plus près de son insertion à l'ombilic. — Si la section du cordon a lieu par un instrument tranchant immédiatement après la naissance, l'hémorrhagie est beaucoup plus probable que dans le cas où la section du cordon n'aura été effectuée qu'après quelques instants de vie. — Si le cordon est rompu par traction, l'hémorrhagie est *très rare, elle est presque impossible;* en effet, elle ne pourrait avoir lieu que par la veine ombilicale, car les artères se rétractent, en vertu de leur élasticité, à la suite de l'extension forcée qu'elles ont subie. Or, il faut supposer un retour du sang sur lui-même pour concevoir la possibilité de l'hémorrhagie par la veine. — Dans tous ces cas, l'hémorrhagie n'est pas *impossible,* et c'est là surtout ce que le médecin ne doit pas perdre de vue ; car cette circonstance est favorable à l'accusée.

Après l'établissement de la respiration. — Il est généralement admis aujourd'hui que du moment que cette fonction s'exécute, elle s'oppose à toute perte de sang ; elle arrêterait même une hémorrhagie qui aurait précédé le moment où elle vient à

s'établir. Toutefois, on a rapporté des observations dans lesquelles l'hémorrhagie avait pu s'effectuer malgré l'établissement de la respiration. Ainsi Mauriceau (*Maladies des femmes grosses*, *etc.*, 393) cite le cas d'un relâchement de ligature à la suite duquel survint une hémorrhagie qui causa la mort en deux jours. Desgland (*Journ. gén.*, p. 345) rapporte un accident semblable qui entraîna la mort en douze heures. Béranger de Carpi a vu des ânons et des poulains périr de la même manière. On trouve dans l'ouvrage de Merriman (*Synopsis on difficult parturit.*, *etc.*, p. 22) deux observations semblables à celles de Mauriceau. — Ploucquet, dans ses expériences, faisait jaillir à volonté le sang du cordon, et l'arrêtait selon qu'il suspendait ou qu'il ne mettait pas obstacle à la respiration. Le docteur Albert reconnut l'exactitude du fait avancé par Ploucquet dans la grande majorité des cas; mais il constata des exceptions, et il a cité deux exemples d'enfants appartenant à la même femme, l'un au quatrième jour de la naissance, l'autre au dixième, dans lesquels une hémorrhagie entraîna la mort de l'enfant; mais dans le premier cas l'enfant, venu au terme de huit mois, chétif, respirait et criait, mais ne voulait pas prendre le sein; il n'exécutait pas de mouvement et ressemblait à un cadavre. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, VI, 155.) Voici un exemple analogue aux précédents :

Enfant nouveau-né, mort par hémorrhagie ombilicale, après avoir respiré, par M. Wildberg, traduit et communiqué par M. Taufflieb (*Wildberg's Magazin für die gerichtliche arzneikunde.* Berlin. Année 1831, page 395).

Obs. CIV. — L'enfant, du sexe féminin, est bien conformé; il n'offre aucun indice de putréfaction ; il a 18 pouces de longueur, et pèse 6 livres. Le grand diamètre de la tête a 4 pouces 1/4, le petit 3 pouces 1/2. La grande fontanelle n'offre pas de grandes dimensions, les sutures sont très étroites ; la fontanelle postérieure est à peine sensible. Les cheveux ont près de 1 pouce de longueur. Le nez et les pavillons des oreilles sont d'une consistance cartilagineuse.

Le visage est arrondi, mais d'une couleur de cire blanche, ainsi que les lèvres. La peau, en général, est lisse et blanche; le thorax est voûté; les mamelons sont proéminents; les membres sont arrondis et assez bien pourvus de chairs; les ongles des mains et des pieds sont luisants et fermes.

Au nombril de l'enfant adhère une portion de cordon ombilical de *4 pouces de longueur.* A 1 po. 1/2 de l'extrémité du cordon, évidemment coupé par un instrument tranchant, se trouve placée une ligature formée par une ficelle blanche, très mince, du calibre de celles que l'on emploie dans les pharmacies pour ficeler les fioles; la ligature avait été placée de manière que la ficelle avait fait deux tours avec un nœud, puis encore deux tours avec un second nœud.

On remarque avec surprise que la portion du cordon située derrière la ligature n'est pas plus gonflée ni plus distendue par des liquides (*saftreicher, plus succulente*) que la partie placée au-devant de la ligature, et encore, qu'en enlevant la ligature, on trouve aussi peu de sang dans les vaisseaux ombilicaux que dans l'extrémité du cordon placé au-devant de cette même ligature.

Les viscères de la cavité abdominale sont bien conformés, mais pâles et anémiques, surtout le foie et la rate. La vessie est vide et contractée sur elle-même; le rectum est dans le même état, excepté la partie supérieure de cet intestin qui contient un peu de méconium, dont on trouve également une certaine quantité dans le colon descendant et dans le colon transverse. Les vaisseaux ombilicaux sont très rétrécis et presque fermés. Tous les gros vaisseaux sanguins de la cavité abdominale sont vides.

Les organes de la cavité thoracique sont trouvés dans l'état suivant: glande thymus petite et pâle; poumons distendus, proéminents sur le péricarde et le recouvrant en partie. Les poumons, avec le cœur et le thymus, plongés dans de l'eau de rivière médiocrement froide, dans un vase approprié à l'épreuve hydrostatique, nagent sous l'eau. Les poumons seuls nagent immédiatement sous la surface de l'eau. En incisant ces organes, on entend une crépitation distincte, mais on ne voit point paraître de sang écumeux. Les poumons ayant été coupés en morceaux, chacun de ces morceaux surnagea parfaitement; ils surnagèrent même après avoir été comprimés.

Le péricarde contient peu de sérosité; le cœur et les gros vaisseaux sont trouvés vides. Le canal artériel se trouve très rétréci, presque fermé; le trou oval est en grande partie ouvert. Le diaphragme n'est pas très convexe. L'épiglotte est relevée; on ne trouve aucun corps étranger dans la bouche et le pharynx.

Les sinus de la dure-mère et les gros vaisseaux cérébraux sont trouvés vides; les ramifications de ces mêmes vaisseaux offrent, d'espace en espace, une petite quantité de sang. Les ventricules du cerveau contiennent peu de sérosité; les plexus choroïdes sont pâles et exsangues.

M. Wildeberg déduisit de ces faits les conclusions suivantes:

1° L'enfant est née viable et à terme.

2° L'enfant a respiré après la naissance.

4° L'enfant est mort par hémorrhagie. Cette hémorrhagie a eu lieu par le cordon ombilical, l'autopsie ayant démontré qu'elle ne pouvait se faire par une autre voie.

5° La ligature a été placée sur le cordon ombilical après la mort de l'enfant.

Ces conclusions furent parfaitement justifiées par les aveux de la mère, que l'on ne parvint à découvrir que quelque temps après que l'autopsie fut faite. Cette femme, qui était employée comme servante dans la maison où elle accoucha, déclara que l'enfant était né vivant, qu'il avait respiré et crié; que, craignant de se voir trahie par les va-

gissements de son enfant, elle l'avait caché dans le coin d'un grenier abandonné, dans un bâtiment attenant à la maison de ses maîtres. Elle n'avait pas lié le cordon ombilical, dont la section avait été faite au moyen d'un couteau de poche. Quand elle revint quelque temps après pour voir son enfant, elle le trouva mort et baigné dans son sang. Pour échapper à la punition qu'elle craignait d'encourir pour avoir négligé la ligature du cordon ombilical, elle nettoya l'enfant, et plaça sur le cordon une ligature au moyen d'une ficelle mince, afin que personne ne pût soupçonner la véritable cause de la mort de son enfant.

Leutin rapporte l'exemple d'une hémorrhagie par un cordon de 6 pouces de longueur. (Metzger, *Système de médecine légale*, 1803.)

Voici un cas d'expertise dans lequel l'état de l'enfant a donné lieu à l'interprétation du fait sur lequel nous venons d'appeler l'attention.

Obs. CV. — Conformément à l'ordonnance de M. Hély d'Hoissel, substitut de M. le procureur du roi, qui nous commet à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant nouveau-né trouvé sur l'esplanade des Invalides et déposé à la Morgue, de rechercher s'il est né vivant et viable, s'il a vécu; s'il porte des traces de violences auxquelles on puisse rattacher la mort, et s'il existe des indices de crime; nous avons procédé aux opérations nécessaires à la solution de ces questions; nous en consignons ci-après le résultat.

Enfant du sexe masculin, pesant 2,650 grammes (5 livres 4 onces environ), long de 53 centimètres 1/2 (19 pouces 5 lignes), le milieu du corps répondant à 7 lignes au-dessus du nombril.

Diamètre de la tête.—Bipariétal, 9 cent.; occipito-frontal, 11 cent.; occipito-mentonnier, 12 cent. 5 millim.—La peau parfaitement organisée, des traces d'enduit sébacé au pli des aines; les ongles assez étroits, mais dépassant l'extrémité des doigts; les cheveux blancs, ayant moins d'un pouce de longueur et peu nombreux.

A l'ombilic, une portion de cordon de 45 millim. (20 lignes); elle a été coupée avec un instrument tranchant; elle ne porte pas de ligature.

La peau est peu colorée, ainsi que la généralité des organes et des vaisseaux, qui ne contiennent que peu de sang; toutefois, ce n'est pas encore la pâleur hémorrhagique que l'on observe quelquefois.

Aucune trace de violences tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du corps; les os sans fracture.

Tête. — Pas de contusions sous le cuir chevelu; une très petite quantité de sang sous le périoste de la moitié postérieure du pariétal et de la moitié supérieure de l'occipital, correspondant à une infiltration séro-sanguinolente du cuir chevelu, altérations qui nous paraissent le résultat du travail d'un accouchement laborieux.

Les os sains; le cerveau bien organisé et à l'état normal.

Rien de remarquable dans la bouche.

La trachée-artère pâle sans mucosités.

Les poumons volumineux, contenant de l'air dans toute l'étendue de leur parenchyme; le cœur renfermant peu de sang, qui s'y trouve toutefois en proportion plus considérable à droite qu'à gauche.

Les poumons, plongés dans l'eau, surnagent; coupés par morceaux, ils surnagent; chaque fragment comprimé sous l'eau laisse échapper des milliers de bulles d'air colorées par un peu de sang, et surnagent encore.

L'estomac renferme des mucosités.

Le foie est à l'état normal, mais il contient peu de sang.

Rien de particulier dans l'intestin grêle.

Le gros intestin rempli de méconium.

L'anus perforé et libre.

Un point osseux encore imparfaitement développé dans le centre du cartilage qui termine l'extrémité inférieure de chaque fémur.

Pas d'apparence de putréfaction.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen est né dans le cours du neuvième mois de la grossesse.

2° Il est né vivant et viable; il a vécu.

3° Il a complétement respiré.

4° Il ne porte aucun trace ou indice de violences auxquelles on puisse rattacher la mort.

5° Il est très difficile de préciser la cause de la mort; une seule circonstance nous porterait à croire qu'elle aurait pu être le résultat d'une perte de sang plus ou moins considérable par le cordon ombilical, qui a été coupé très court et qui ne porte pas de ligature. Toutefois il est d'observation en médecine que dans ces circonstances mêmes, l'hémorrhagie n'a pas lieu lorsque la respiration est parfaitement établie, et c'est justement le cas de cet enfant; en sorte que si l'hémorrhagie avait été la cause de la mort, ce cas rentrerait dans le nombre des exceptions dont on possède cependant des exemples.

Actuellement que nous avons signalé les circonstances dans lesquelles ce genre de mort peut arriver, nous ferons observer que le corps de l'enfant porte avec lui un cachet particulier qui peut servir à le faire reconnaître. La peau est décolorée, exsangue, couleur de cire; le tissu musculaire lui-même est plus pâle; les vaisseaux veineux et artériels sont vides de sang; il en est de même des cavités du cœur; les poumons sont blafards, ils se précipitent au fond de l'eau, présentent, en un mot, tous les caractères de ceux qui n'ont pas été pénétrés par de l'air. M. Orfila (*Méd. lég.*, II, 276) a élevé des doutes sur l'exactitude de cette description généralement donnée par les auteurs; il se fonde sur des expériences qu'il a faites sur des chiens qu'il a laissés périr d'hémorrhagie, et qui n'ont pas présenté une déplétion aussi complète du système veineux et du système artériel. Il ajoute qu'il en a été de même de cadavres d'individus morts par le supplice de la guillotine. Il fait enfin observer que la putréfaction seule peut produire cette vacuité des vaisseaux. Mais remarquons que tous les auteurs se sont accordés à tracer le même tableau de la mort par hémorrhagie;

que M. Orfila lui-même, s'il trouve du sang dans certains points du trajet des gros vaisseaux, constate leur vacuité dans la majeure partie de leur étendue ; qu'en explorant un chien mort d'hémorrhagie, on se prive de l'un des cachets les plus frappants du genre de mort : l'aspect couleur de cire que présente la peau. —L'existence d'une ligature au cordon ne prouve pas que l'enfant ne soit pas mort d'hémorrhagie; car une mère qui laisserait périr l'enfant après avoir coupé le cordon auprès de l'ombilic, pourrait, pour donner le change, appliquer la ligature après la mort.

Privation d'air. — Une seconde cause d'omission est la privation d'air respirable par défaut de soins. Ainsi une femme accouche seule, l'enfant est assez brusquement expulsé; la mère le laisse demeurer entre les cuisses, la face sur les draps, la bouche et le nez plongés dans le sang et les eaux de l'amnios : il périt asphyxié.—L'enfant naît avec le cordon entortillé autour de son col, et succombe à l'engorgement des vaisseaux du cerveau. Tel est encore le cas où il y a engouement dans la bouche, dans la trachée, par des mucosités ou par les eaux de l'amnios : le doigt introduit dans la bouche de l'enfant; une position convenable qui lui aurait été donnée, eût suffi, dans ces diverses circonstances, pour le soustraire à la mort.

Exposition au froid. — L'homicide involontaire d'un enfant nouveau-né peut avoir lieu dans un troisième cas, c'est celui où l'enfant n'a pas été soustrait à une température trop froide, et même où il y a été exposé par accident. Cette cause est très puissante et promptement mortelle; c'est ainsi que nous avons vu un enfant qui avait succombé à ce genre de mort, pendant le temps qu'on le transportait de la demeure de l'accouchée à la Maternité ; et cependant il était enveloppé de linge et entouré des précautions qu'une femme peut prendre quand elle n'a pas envie de cacher son accouchement. — Un enfant peut périr par défaut de nourriture. Enfin il est des enfants qui périssent de faiblesse, et qui vivraient si on stimulait la respiration et la circulation. — Placerons-nous au nombre des causes d'homicide involontaire d'un enfant nouveau-né par

omission, 1° le cas où la faiblesse de naissance est telle qu'il est nécessaire de pratiquer l'insufflation pulmonaire établir pour la respiration? 2° celui où l'enfant naît dans un état d'asphyxie, et où il faut, pour éviter la mort, laisser écouler du sang par le cordon ombilical? 3° la gangrène qui se manifeste quelquefois lorsque l'inflammation de l'anneau ombilical est excessivement vive, et qu'elle n'est pas combattue par les émollients? C'est à tort, suivant nous, que plusieurs auteurs de médecine légale, et M. Orfila entre autres, ont regardé ces circonstances comme pouvant faire l'objet d'une accusation d'homicide involontaire d'un enfant nouveau-né par omission; ce sont des soins qu'un médecin seul est en état de donner.

Une accusation d'infanticide pourrait être intentée dans le cas suivant : Madame de L..... était mère de deux garçons qu'elle avait nourris. Elle accouche d'une fille qu'elle allaite de nouveau. Sachant combien elle est portée au sommeil, elle prend chaque nuit la précaution de se mettre à son séant pour donner à téter à son enfant. Cependant à la quinzième nuit de l'allaitement, elle s'endort assise, pendant que son enfant était à son sein; elle fléchit peu à peu son corps en avant sous l'influence du sommeil et étouffe son enfant qu'elle tenait dans ses bras. Cependant elle s'éveille, aperçoit son enfant sans mouvement, la figure violette; elle jette un cri, appelle son mari; mais il n'était plus temps, l'asphyxie était survenue. Un médecin qui demeurait dans la maison monte immédiatement, mais les soins sont inutiles.

On voit, en résumé, qu'il est plus difficile peut-être de constater l'homicide involontaire de l'enfant nouveau-né, et qui est le résultat de l'omission, que le crime d'infanticide qui a eu lieu par commission, et que l'on ne doit jamais émettre une opinion à ce sujet qu'avec la plus grande réserve, parce que souvent la mère est elle-même placée dans des circonstances tellement indépendantes de sa volonté, qu'elle devient excusable. Il faut surtout, dans ces sortes de cas, rechercher quel est l'âge de la femme, quelle peut être son expérience; si elle est primipare; si elle n'était pas placée elle-même sous

l'influence d'un état syncopal dépendant ou d'une hémorrhagie ou des douleurs vives de l'accouchement; si enfin elle n'a pas été en proie à des convulsions immédiatement après l'accouchement; car le rôle du médecin ne consiste pas à chercher un crime, mais bien à éclairer les magistrats et à découvrir la vérité, soit qu'elle excuse, soit qu'elle punisse.

QUESTIONS RELATIVES A LA MÈRE.

Les questions qui découlent de l'examen de la mère, qui a lieu naturellement après celui de l'enfant, sont les suivantes : 1° La femme est elle accouchée? 2° En supposant qu'il soit prouvé que la femme est accouchée, y a-t-il coïncidence entre l'époque de son accouchement et celle de la naissance présumée de l'enfant? Il est facile de concevoir qu'on n'arrivera à résoudre ces questions qu'en étudiant avec soin l'ordre de succession des phénomènes qui suivent les couches (*voyez* ACCOUCHEMENT). 3° L'enfant appartient-il à la mère? C'est une question que le médecin n'est presque jamais appelé à résoudre, mais qu'il peut quelquefois éclairer par la solution précise de la précédente.

4° *Une femme peut-elle ignorer sa grossesse?* Cette question est très fréquemment posée aux médecins, parce que c'est souvent le prétexte des accusées pour justifier l'état d'incurie complète dans lequel elles se sont trouvées au moment de leur accouchement. Foderé (*Méd. lég.*, I, 495) s'exprime ainsi : Il me semble que dans des cas pareils il faut d'abord poser la question : *Vous êtes vous exposée à devenir enceinte?* Quelle est en effet la femme qui ignore que la grossesse dépend d'un commerce avec l'autre sexe? quelle est celle qui s'y étant livrée peut douter de la véritable cause de son état?

Desgranges, de Lyon, écrivait à Foderé : Une jeune coiffeuse assez niaise était recherchée par un jeune homme qui lui promettait mariage. Il la joint un jour au bain, sous le pont de pierre; il parvient à cohabiter avec elle en lui persuadant *que dans l'eau elle ne pouvait devenir enceinte.* Cette jeune fille

a continué de coiffer pendant ses neuf mois de grossesse. Elle fut prise tout-à-coup des douleurs de l'enfantement ; elle niait naïvement être enceinte ; elle n'avait jamais cherché à cacher son état. M. Desgranges n'eut que le temps de l'accoucher derrière les rideaux, en présence de plusieurs personnes qui se trouvaient là. Il tire de ce fait la conclusion qu'une femme peut ignorer sa grossesse ; mais Foderé ajoute qu'elle ne peut ignorer qu'elle s'est mise dans le cas de devenir grosse.

J'ai la certitude, ajoutait M. Desgranges, qu'une femme peut devenir enceinte pendant le sommeil de l'opium. Une jeune personne, au milieu de notre tourmente révolutionnaire (à Lyon), est devenue enceinte de la scélératesse d'un jeune homme et d'une de ses parentes. Il en a joui pendant l'effet d'une forte dose d'opium, et elle se trouva enceinte sans le savoir, et assurée de n'y avoir pas donné lieu..... L'exposé des détails de cet événement ferait frémir. (*Voy.* Foderé, IV, pag. 463.)

5° *Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?* Lafosse a vu, dans un hôpital, une femme qui, sentant les angoisses d'un accouchement, s'imagina qu'elles dépendaient d'une cause différente, et se leva pour aller à la selle ; elle ne fut désabusée que lorsque l'enfant fut à demi sorti, et l'on fut heureusement assez prompt pour le recevoir et en prévenir la chute. (Foderé, *Méd. lég.*, IV, 522.) (*Voy.* encore p. 480.)

Enfin, quelques femmes ayant jeté leurs enfants dans des fosses d'aisances, ont déclaré être accouchées en allant à la garde-robe, et non seulement avoir ignoré leur grossesse, mais encore s'être méprises sur les douleurs de l'accouchement au point de les avoir confondues avec le besoin de rendre les matières fécales ; d'autres ont dit être accouchées au moment où elles satisfaisaient ce besoin. Nous avons fait connaître à la page 481 dans quelles circonstances ces déclarations pouvaient être accueillies, et avec quelle réserve il fallait émettre une opinion à ce sujet.

6° *La femme accouchée était-elle en état de donner à son enfant les soins que réclamait sa position?* (*Voyez* page 485.)

CONDUITE QUE LE MÉDECIN DOIT TENIR QUAND IL EST APPELÉ A RÉSOUDRE LES DIVERSES QUESTIONS RELATIVES A L'EXAMEN DE CORPS DE DÉLIT EN MATIÈRE D'INFANTICIDE.

EXAMEN DE LA MÈRE.

Lorsque les soupçons de la justice se portent sur la mère d'un enfant qui a succombé à une mort violente, il est rare que le médecin ne soit pas appelé à examiner la femme, à l'effet de savoir si elle n'est pas accouchée récemment, et s'il n'existerait pas une coïncidence parfaite entre l'époque de l'accouchement et celle de la mort de l'enfant. Voici comment il doit se conduire dans cette circonstance : rendu auprès de la femme inculpée, il lui exposera le but de sa démarche. Comme il est possible qu'il trouve une opposition formelle à l'examen qu'il doit faire, il faut alors que, sans exercer aucune violence contre la volonté de la personne, il se rende immédiatement auprès du juge d'instruction pour l'en informer, ou bien qu'il rédige de suite un rapport dans le même sens. Il ne doit jamais perdre de temps, parce que les preuves matérielles de l'accouchement disparaissant quelquefois très vite, et les recherches judiciaires n'ayant souvent lieu que fort tard, l'expert se placerait dans une position plus difficile pour les recherches auxquelles il devra ultérieurement procéder.

Si, au contraire, la femme consent à se laisser visiter, le médecin doit porter ses regards sur l'état général de l'inculpée, sur l'odeur des lochies qu'elle peut émaner; l'altération de ses traits; l'accélération de son pouls et la chaleur de sa peau; la tuméfaction des seins, leur consistance, et souvent même leur rougeur; l'état des ganglions axillaires; la saillie des mamelons; la nature du liquide que l'on peut en faire sortir par la pression exercée à leur base, et même à toute l'épaisseur des seins. Il fera ensuite étendre la femme sur un lit; palpera le ventre, appréciera sa densité, l'état fendillé, gercé ou plissé de la peau de l'abdomen, la mobilité de la peau sur les muscles contractés, en se rappelant qu'en général cette partie n'offre aucun relâchement chez la femme qui n'a pas eu d'enfant, et qui en même temps jouit d'une bonne santé, proposition qui souffre nécessairement des exceptions que tout médecin con-

naît. Il appréciera le degré d'écartement des muscles droits abdominaux, l'étendue en largeur de l'anneau ombilical ; il comprimera ensuite la région hypogastrique en exerçant des pressions avec la main largement appliquée sur cette partie ; il recherchera si, au centre de cette région et profondément, on ne pourrait pas constater l'existence d'une tumeur due au développement de l'utérus, et si, dans les régions iliaques, ne se trouveraient pas aussi d'autres tumeurs provenant de l'engorgement des ovaires et des ligaments larges. Tout en opérant ces pressions, il portera ses regards sur la figure de la femme, la questionnera même pour détourner son attention, et s'assurera alors d'une manière positive que le toucher exercé par lui, est ou n'est pas douloureux.

Cet examen terminé, il fera placer la femme de manière à ce que les parties génitales soient mises à découvert; les genoux étant relevés et les cuisses écartées, il constatera alors quel peut être le volume des grandes et petites lèvres, l'état plus ou moins altéré de la fourchette, la couleur de la membrane muqueuse du vagin, la nature du fluide qu'elle sécrète, l'odeur que ce fluide répand. Il portera ensuite le doigt vers le col de l'utérus, s'assurera du volume de ses lèvres, du degré de son ouverture, des déchirures qu'il peut offrir, de la nature du liquide qui peut s'en écouler, et répètera la même opération, la femme étant debout, en ayant le soin d'appliquer l'autre main sur la région hypogastrique, et d'imprimer à la matrice des mouvements saccadés de bas en haut, pour mieux juger de la sensibilité de cet organe.

Ces recherches une fois terminées, il procédera à l'examen de la chemise et des linges qui peuvent avoisiner les parties génitales; il vérifiera l'état des draps du lit, des matelas, en un mot de tout ce qui peut porter trace de taches résultant d'un accouchement récent.

Ce qui est surtout important pour la conduite future de l'expert, c'est qu'il n'arrive pas auprès de la femme, imbu de l'idée qu'elle est accouchée, par cela seul qu'il a mission de vérifier le fait ; car alors il se placerait dans une position très propre à être induit en erreur. C'est ainsi qu'il pourrait prendre un lit

ensanglanté par le sang provenant de l'ouverture d'une veine variqueuse, pour le sang des lochies ; le sang des règles pour celui des lochies ; un écoulement en blanc habituel ou un écoulement vénérien, pour une suite de couches ; certaines ulcérations provenant de la malpropreté, pour les déchirures d'un accouchement récent, déchirures en voie de suppuration. Il pourrait commettre encore une foule de méprises du même genre.

Quant aux inductions à tirer de chacun des faits sur lesquels nous avons appelé l'attention, nous renvoyons le lecteur à l'article ACCOUCHEMENT, où ont été exposés avec détail tous les phénomènes qui accompagnent ou qui suivent les couches.

EXAMEN ET OUVERTURE DU CORPS DE L'ENFANT.

L'expert mandé par la justice pour procéder à l'ouverture d'un enfant doit, avant tout examen, s'enquérir auprès d'elle de toutes les circonstances qui se rattachent à la découverte du corps de délit ; la disposition des localités où on a trouvé le fœtus ; les moyens que l'on a employés pour l'en tirer ; s'il est resté exposé à l'air ou enfermé avec soin, ou placé dans de l'eau, de l'eau chlorurée, de l'alcool, ou toute autre liqueur ; si des moyens violents ont été employés pour extraire le corps de l'enfant, et quels sont les renseignements que l'on a pu obtenir d'une personne à l'égard de laquelle s'élèvent des soupçons, comme pouvant être l'auteur du crime. Ces connaissances premières serviront à expliquer bien des lésions que l'on pourrait attribuer à l'inculpée, et éviteront des méprises trop préjudiciables. C'est ainsi qu'une femme, après avoir jeté son enfant dans le tuyau d'une fosse d'aisance, lorsqu'il était déjà mort, employa une barre de fer pour le pousser à une profondeur plus grande ; le tuyau s'étant trouvé trop étroit, et le fœtus ayant été placé dans une position qui avait arrêté sa chute dans la fosse, il en résulta des lésions auxquelles on aurait pu attribuer la mort de l'enfant.

Il faut ensuite qu'il se fasse représenter l'enfant dans la situation où il était lorsqu'il a été découvert. Le plus souvent ces enfants sont enveloppés dans des linges, pliés et repliés sur eux-mêmes ; dans des sacs, dont quelques uns sont cousus et fermés hermétiquement, de manière à cacher complétement

l'objet qu'ils renferment ; tantôt c'est un carton, tantôt c'est un panier à bourriche, etc. Le médecin doit décrire exactement toutes ces enveloppes ; la marque des linges, s'il en existe ; la couleur et l'espèce de fil qui a servi à coudre les sacs ; et enfin la situation de l'enfant dans ces divers objets, si le corps du délit lui est présenté sans avoir été dérangé.

Ces circonstances préliminaires une fois établies, l'expert s'occupera de *l'examen extérieur* du corps de l'enfant. Il portera son attention sur le sexe ; — la conformation générale, à l'effet de rechercher s'il n'existe pas quelque difformité entraînant avec elle la mort (*voyez* MONSTRUOSITÉS) ; — l'état des parties molles en général, eu égard à la putréfaction ; il notera la couleur de la peau, le degré d'adhérence de l'épiderme ; celui des ongles ; la teinte verte, brune ou opaline du derme ; la saponification de la peau et du tissu cellulaire, dont il mesurera la profondeur par des incisions peu étendues et ne pénétrant pas dans les cavités ; l'état emphysémateux en général ; les érosions de la peau ; les destructions de peau en putrilage, dont les bords pourront être ou ne pas être saponifiés ; les portions de membres détruits, et principalement celles des mains et des doigts ; — les ouvertures naturelles qui peuvent être oblitérées, ou desquelles il peut s'écouler différents liquides, du sang par exemple, ou au moins présenter des traces de leur écoulement. — Les piqûres, plaies, contusions, ecchymoses, qui peuvent se rencontrer sur diverses parties, et dont il fera connaître avec exactitude la nature et les dimensions. Toutes les fois qu'une plaie ou une autre blessure paraîtra avoir de la profondeur, il en réservera l'examen pour le moment où il pourra en même temps explorer les organes placés plus profondément ; — le poids de la totalité du corps ; — la longueur du fœtus, prise du sommet de la tête à la plante des pieds. Cette opération se pratique de la manière suivante : on place l'enfant sur le dos, on fait relever la tête dans une situation naturelle, on fait fixer le bassin et appuyer sur les rotules, afin de redresser les jambes, ordinairement fléchies sur les cuisses. On applique une règle sur le sommet de la tête, transversalement à la direction verticale du corps, et de cette règle

on fait partir un fil que l'on prolonge sur le côté de la tête, puis au-devant du thorax, et que l'on fait descendre entre les deux jambes pour le conduire jusqu'à la plante des pieds, que l'on a fait placer dans une direction perpendiculaire. On peut encore employer le mécomètre de Chaussier, genre d'instrument tout-à-fait analogue à celui dont se servaient autrefois les cordonniers pour prendre leur mesure. — Pliant alors en deux parties égales le fil dont on s'est servi, on en place une extrémité à la plante des pieds ou au sommet de la tête, et l'on voit, en prolongeant l'autre, à quel point du corps elle correspond ; à terme, c'est ordinairement à cinq ou six lignes au-dessus du nombril, que cette extrémité vient se rendre ; ce point indique l'insertion du cordon relativement à la moitié de la longueur du corps. — La couleur de la peau, si elle est blanche, rose ou rouge uniformément ou par plaques ; ce qui peut éclairer sur les genres de mort par hémorrhagie et par asphyxie. Sa diaphanéité, sa consistance et le degré de son organisation, dont on peut tirer des conséquences par rapport au développement de l'enfant. — Sa texture au nombril, qui, à l'époque du terme de neuf mois, doit présenter les traces d'une organisation parfaite ; ce qui établit une différence tranchée entre l'aspect de cette enveloppe et l'aspect des membranes du cordon ; tandis que, plus on s'éloigne du terme de neuf mois, et mieux elle se confond par son aspect et son organisation avec ces membranes. — Les traces d'enduit sébacé, qui chez les enfants, où il est le moins abondant, se rencontrent presque toujours dans le creux des aisselles, aux plis des aines et aux jarrets ; non pas cependant que l'enduit sébacé ne puisse jamais manquer ; mais ce sont les parties où l'on en laisse souvent une portion, alors même qu'on lave les enfants à leur naissance, à plus forte raison dans des cas d'infanticide où il y a absence de soins. — Les ongles, sous le rapport de leur organisation, de leur densité, et surtout de leur développement, tant en largeur qu'en longueur ; on sait qu'à terme ils dépassent l'extrémité des doigts, et qu'ils acquièrent de plus en plus de consistance avec l'âge. Les auteurs me paraissent avoir en général attaché beaucoup trop d'importance à la longueur des

ongles, comme preuve de développement; je les ai presque toujours vus recouvrant l'extrémité des doigts aux diverses époques de la grossesse, il est vrai qu'à terme ils la dépassent; on n'a pas eu assez égard à leur largeur comparée à la circonférence de l'extrémité des doigts. Ainsi, au terme de neuf mois, les ongles forment ordinairement la moitié de la circonférence des doigts, tandis qu'auparavant ils n'en constituent quelquefois que le quart. Il me paraît beaucoup plus sûr de ne pas négliger de les envisager sous ce dernier point de vue. — Les cheveux, sous le rapport de leur couleur, de leur longueur, de leur quantité.

Avant de porter ses regards sur la tête en particulier, l'expert doit fixer l'attention la plus grande sur l'anneau ombilical et sur le cordon. De leur examen on tirera des inductions très importantes; et sans passer en revue les divers cas qui peuvent se présenter, nous supposerons deux circonstances possibles : ou bien il reste adhérent à l'anneau *une partie* du cordon ombilical frais ou sec; ou bien l'anneau en est dépourvu. Dans le premier cas on doit décrire son espèce, s'il est gras ou maigre, c'est-à-dire s'il contient beaucoup de gélatine de Warthon ou s'il en est peu pourvu; — quelle est sa longueur; — s'il porte une ligature; et, dans le cas où il en existe, avec quoi elle est faite, comment elle est faite, et à quelle distance de l'ombilic elle se trouve; le degré de torsion du cordon; — sa transparence; — le volume des vaisseaux qu'il renferme; — s'ils contiennent du sang que l'on puisse faire écouler de l'extrémité libre par la pression; — si cette portion de cordon a été coupée ou déchirée; — si la section est à bords ou lèvres tellement nettes, que l'on puisse supposer qu'elle a été faite avec un instrument tranchant et par une personne qui ait l'habitude de cette opération. — Dans le cas de déchirure ou d'arrachement, décrire l'inégalité relative dans la longueur des lambeaux des membranes du cordon; l'enfoncement de certain vaisseau dans l'épaisseur du cordon, tandis que tel autre dépasse de plusieurs lignes son extrémité libre. — Le cordon est-il desséché, noter s'il est aplati en ruban ou s'il offre quelque torsion, et rechercher, en comparant cette dessiccation avec l'état de l'anneau ombilical, si elle est le fait de la vie de l'enfant pendant plu-

sieurs jours, ou si elle a été opérée par le contact de l'air seul. La dimension en largeur des vaisseaux que l'on aperçoit à travers le cordon peut même, ainsi que la quantité de sang qu'ils contiennent, faciliter aussi cette distinction.

L'état de l'anneau ombilical, pourvu ou dépourvu de cordon, doit être le sujet d'un grand nombre d'observations. Le cordon existe-t-il avec l'aspect que présente celui d'un enfant mort immédiatement ou peu de temps après la naissance, il faut voir si les membranes sont intactes dans leur point d'insertion à la peau du nombril. — Y a-t-il quelques solutions de continuité, rechercher, dans le cas de l'affirmative, si elles peuvent être le fait d'une tentative d'arrachement, ou, au contraire, le résultat de sa chute naturelle. Dans ce dernier cas il existe souvent un cercle inflammatoire rosé, en dedans duquel se trouve un cercle blanchâtre, sécrétant du pus ou un fluide muqueux. Toutefois ces phénomènes ne sont pas constants. On voit, de plus, les vaisseaux ombilicaux dénudés, rétrécis et encore adhérents, alors que les membranes sont détachées. En cas d'arrachement du cordon, il est très rare qu'il ne reste pas au pourtour du nombril des petites portions de ses membranes, et souvent aussi une partie de l'un des vaisseaux dont la rupture n'a pas eu lieu au niveau de l'ombilic. Si l'absence du cordon est le fait de la chute naturelle, l'ombilic est rétréci, présente une espèce de cul-de-sac plus ou moins complet; et si l'on aperçoit encore quelques débris de vaisseaux, il faut essayer de les attirer au dehors et de les faire jouer à travers l'anneau fibreux de l'ombilic, comme cela s'effectue dans les cas d'arrachement, puisqu'à la naissance, ils sont environnés d'un tissu cellulaire extrêmement lâche.

Après avoir procédé à l'examen général de l'extérieur du corps, on passe à celui de chaque partie, et *d'abord de la tête*. On notera sa forme, — les dimensions de ses divers diamètres, ce qui ne peut s'obtenir exactement qu'avec un compas d'épaisseur; ordinairement on ne tient compte que de l'étendue des diamètres bipariétal, occipito-frontal et occipito-mentonnier. — On coupera tous les cheveux, et on examinera avec soin le cuir chevelu, à l'effet de rechercher s'il existe des traces de

piqûres ; on sait que sous l'apparence d'une lésion aussi légère, peuvent se cacher des blessures mortelles, que l'ouverture de la tête fait seule reconnaître. — On pratiquera au cuir chevelu une incision cruciale, ayant pour limite, en arrière, la naissance du col ; en avant, la racine du nez ; et latéralement, la conque des oreilles. Il faut la faire avec soin, afin de ne pas entamer le sinus longitudinal supérieur. Je lui préfère même une section circulaire autour de la tête, qui, tout en évitant cet inconvénient, offre de plus l'avantage de ne jamais entamer, soit la tumeur du sommet de la tête, dépendant de l'accouchement, soit les ecchymoses qui pourraient être disséminées sur divers points du crâne. De cette manière on ne les met à découvert qu'au fur et à mesure de la dissection du tissu cellulaire, et on apprécie mieux leurs limites. — Quand on procède à cette dissection et que l'on arrive à une ecchymose, il faut, avant d'aller plus loin, s'assurer de l'état de décollement du périoste et de la dénudation des os ; circonstances qui, lorsqu'elles existent, établissent les plus fortes présomptions en faveur d'une blessure faite à l'enfant vivant, à l'exception peut-être des cas d'accouchements laborieux. On tiendra compte aussi de la nature du liquide épanché, les tumeurs résultant du fait de l'accouchement étant formées par un mélange de sérosité et de sang, et non pas par du sang pur. Enfin on notera le degré d'écartement des os du crâne et la largeur des fontanelles. On sait que, chez l'enfant à terme, les pariétaux se touchent par leurs bords. — On doit se garder de séparer les deux pariétaux pour mettre le cerveau à nu en plongeant l'instrument dans l'espace membraneux qui les sépare ; on tomberait dans le sinus longitudinal de la dure-mère, qu'il faut ménager pour ne pas répandre de sang à la surface du cerveau. Chaussier a conseillé avec raison de plonger obliquement la pointe de ciseaux au tiers inférieur de la membrane qui unit le pariétal à l'os frontal ; de détacher le pariétal, de le renverser en haut ; de prolonger cette section en avant et en arrière, de manière à mettre à nu la plus grande étendue de chaque lobe du cerveau, sans intéresser les sinus. Cette manière d'opérer doit subir des modifications lorsqu'il existe aux os quelques

traces de fracture ; il faut, règle générale, opérer la section autour de la blessure et à une certaine distance de la solution de continuité, de manière à ménager toutes les parties profondément situées.

Ces sections permettent de noter l'état de la surface du cerveau, sa congestion par le sang ; le sang épanché en nappe, ou circonscrit, ou en foyer, ce qui est beaucoup plus rare ; les décollements de la dure-mère, la réduction en bouillie de la matière cérébrale, la sortie de la matière cérébrale à travers une déchirure de la dure-mère correspondant à la lésion extérieure. Tout en exposant ces altérations, il faut noter l'état des parties saines du cerveau en indiquant leur aspect, leur couleur, leur densité, afin de mieux faire ressortir les changements qui résultent de la lésion. Nous n'avons pas besoin de dire que la fracture elle-même doit être décrite d'une manière très circonstanciée ; que l'on doit tenir compte de la forme, du nombre et de la disposition de ses fragments ; de l'étendue des fentes qui les séparent, de leur écartement, etc. Enfin on enlève le cerveau pour observer sa base ainsi que celle du crâne ; mais chez l'enfant ces diverses parties sont moins souvent altérées que chez l'adulte, où les fractures par contre-coup se rencontrent ordinairement.

Examen de la face. — Chez un grand nombre d'enfants sur lequel le crime d'infanticide est commis, on voit le nez aplati, la bouche déviée, les paupières plus ou moins déformées. Ces divers changements sont le plus souvent le résultat des pressions exercées par les enveloppes dans lesquelles l'enfant se trouvait. Il en est de même des autres déformations des membres ou du tronc. — Il est un point sur lequel nous croyons devoir fixer l'attention : c'est la mobilité des deux portions de la mâchoire inférieure ; elle se rencontre presque toujours chez les enfants qui sont restés exposés à l'air ou plongés dans l'eau, ou qui ont séjourné pendant quelque temps dans une fosse d'aisance ; il ne faudrait donc pas la prendre pour une solution de continuité opérée sous l'influence de la volonté.

Examen du col. — Avant de procéder à la dissection des parties du col, il faut examiner 1° s'il n'existe pas un lien au-des-

sus du larynx ou la trace d'un lien. On doit décrire le nombre de tours que forme la ligature, le nœud qui la termine, le degré de constriction qu'elle exerce, et le volume auquel le col a été réduit par cette constriction ; je l'ai vu aminci par cette cause jusqu'au point de n'avoir que treize lignes de diamètre. Il est surtout nécessaire de préciser si l'application actuelle du lien exerce encore une pression sur les parties molles, ou si, au contraire, il est placé lâchement autour du col. Dans une affaire d'infanticide pour l'expertise de laquelle j'avais été appelé, la mère a déclaré qu'elle avait placé ce lien dans le but de fixer une serviette dont elle avait enveloppé son enfant, qu'elle déclarait être mort-né. Il fut au contraire démontré que la pression exercée par le lien, à l'époque de l'examen judiciaire de l'enfant, était tellement grande, qu'il aurait été impossible que la serviette eût pu glisser et s'échapper du lien ! En cas d'absence de lien, on peut seulement rencontrer un sillon ; mais il faut être très circonspect dans l'affirmation de son existence. Chez l'enfant nouveau-né, le pli de flexion de la tête sur le cou est très profond et peut facilement en imposer ; l'erreur est encore plus facilement commise si l'enfant a séjourné pendant quelque temps dans l'eau, et que cette partie du col soit arrivée à la saponification sous l'influence de la putréfaction ; — si le larynx est intact ou fracturé ; — si la colonne vertébrale n'a pas subi quelque déviation ou fracture, et si la tête ne présente pas une mobilité contre nature.

Cette inspection extérieure terminée, il faut agrandir l'ouverture de la bouche par deux incisions qui, de chaque commissure, se rendent aux oreilles ; — fendre en deux parties égales la lèvre inférieure, et prolonger cette section jusqu'au sternum en passant par la ligne médiane du col. — La bouche se trouve alors largement ouverte, et l'on peut explorer le fond de sa cavité et celle du pharynx. Ces cavités recèlent souvent un tampon introduit pour étouffer l'enfant. Il ne suffit pas de constater son existence ; il faut encore, autant que possible, rechercher s'il a été introduit pendant la vie ou après la mort, car une personne pourrait donner le change à ce sujet et faire peser une accusation capitale sur un individu innocent.

Après avoir examiné la bouche et le pharynx, on dissèque les deux lambeaux latéraux, résultant des sections que nous avons indiquées; et, afin de pouvoir les rejeter facilement à droite et à gauche, on les termine inférieurement par une section transversale qui longe les deux clavicules. Il est nécessaire de disséquer la partie inférieure du col, de bien isoler la trachée et les artères carotides; et, après avoir exploré le tissu cellulaire et les muscles du col jusqu'à la colonne vertébrale, on ouvre la poitrine par le procédé que nous allons faire connaître, et on a le soin de tenir compte de la voussure du thorax avant de pénétrer dans sa cavité. — De chaque articulation sterno-claviculaire on fait partir une section de la peau qui s'étend inférieurement à la dernière côte, en prenant une direction fort oblique en dehors. On coupe avec beaucoup de précaution les articulations sterno-claviculaires, afin de ne pas ouvrir les veines cave supérieure et sous-clavières qui sont placées derrière; on incise le plus en dehors possible les cartilages qui unissent les côtes au sternum, et on renverse de haut en bas ce dernier os; on le maintient abattu sur l'abdomen, en incisant en travers son extrémité inférieure. Au moment où l'instrument pénètre dans la poitrine, il s'échappe souvent un gaz infect; il faut tenir compte de sa quantité et de son odeur. Alors la presque totalité des organes contenus dans la poitrine se trouve mise à nu. On note le volume de ces organes et leurs rapports respectifs, ainsi que l'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux veineux principaux. On indique si les poumons recouvrent le péricarde, ou si au contraire ils sont enfoncés dans la poitrine; si leur bord antérieur est renversé en dehors ou non; quelle est leur couleur, la consistance de leur tissu; si l'on aperçoit les vésicules pulmonaires et les ramifications vasculaires qui les tapissent; s'ils sont emphysémateux, frais ou putréfiés. On comparera l'aspect de leur tissu à celui du thymus, et non à celui du foie.

Cette inspection terminée, on enlève le péricarde en le coupant aux endroits où il se réfléchit sur les vaisseaux; on soulève le thymus, on renverse à droite le poumon gauche, et l'on aperçoit le canal artériel que l'on dissèque et que l'on

isole, afin de noter si son volume a diminué : on se rappellera que le rétrécissement de ce vaisseau commence par son centre; enfin, s'il est flexueux ou droit. — Alors, à l'aide d'une aiguille mousse et courbe, ou, ce qui est plus commode encore, à l'aide d'une aiguille de Deschamps, on applique les ligatures doubles suivantes : 1° à la veine-cave inférieure; 2° aux artères carotides primitives; 3° à l'aorte, immédiatement au-dessous du canal artériel; 4° à la veine-cave supérieure; 5° à la trachée, au point où elle se divise. Mais, avant de serrer ce conduit, on le fend de haut en bas pour rechercher s'il n'y existerait pas une eau écumeuse (tel serait le cas d'un enfant qui aurait été jeté dans une rivière), ou une écume sanguinolente, comme cela se rencontre dans quelques cas d'asphyxie, ou enfin un corps étranger.

Ces diverses opérations terminées, on saisit la ligature qui embrasse la veine-cave inférieure, et l'on détache les poumons, le cœur et le thymus de bas en haut, en ménageant l'œsophage auquel on appliquerait une ligature, au cas où l'on viendrait à l'intéresser par accident. — Alors on plonge ces organes réunis dans un vase contenant une certaine quantité d'eau, et l'on observe s'ils vont au fond du liquide ou s'ils surnagent. Ce dernier cas a-t-il lieu, ce sont les poumons ou bien le thymus et le cœur qui plongent le moins, ce qui arrive lorsque la putréfaction a développé des gaz dans leur intérieur. Cette expérience docimasique étant faite, on incise la veine-cave supérieure de haut en bas, en intéressant une petite portion des parois de l'oreillette droite du cœur, et le trou de Botal est aussitôt mis à découvert. De deux choses l'une : ou il est largement ouvert, et alors ce cas n'exige pas d'opération ultérieure; ou les deux petites valvules qui le ferment se recouvrent, ce qui a lieu le plus ordinairement, et dans ce cas il faut donner à un stylet une direction oblique de bas en haut, telle qu'elle représente le trajet de la veine-cave inférieure, et faire passer l'extrémité de ce stylet sous la valvule supérieure pour la faire pénétrer jusque dans l'oreillette gauche; s'assurer, en un mot, si la communication entre les deux oreillettes est bien libre. Il est entendu qu'en ouvrant les troncs vasculaires, on a tenu

compte de la quantité de sang qui s'est écoulée du cœur et de ses principaux vaisseaux veineux.

On sépare alors le thymus, le cœur et les poumons, en opérant la section des vaisseaux, entre les doubles ligatures. On pèse les deux poumons afin de pouvoir comparer, par la suite, leur poids avec celui du corps de l'enfant. On plonge chaque organe dans l'eau ; on tient compte de l'immersion ou de la surnatation ; mais, dans ce dernier cas, il faut observer quelles sont les parties des poumons qui surnagent ainsi. Le poumon s'enfonce-t-il en presque totalité dans l'eau, son bord antérieur restant seul à la surface? il y a tout lieu de penser qu'il existe de l'air ou des gaz, seulement dans son tiers antérieur, tandis que la partie postérieure de l'organe en est dépourvue; et si l'on acquiert par la suite la preuve que le gaz contenu est de l'air, cette disposition des organes sur l'eau tend à faire pressentir que la respiration a été incomplète ou qu'une insufflation a été tentée. On sait qu'elle commence à s'effectuer par le devant et le sommet des poumons, lorsque ces organes sont sains; que la base et la partie postérieure ne se remplissent d'air qu'en dernier. Ces diverses propositions ne sont que des données générales, et nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit de la Docimasie, pour prendre des conclusions positives sur ces divers sujets : nous ne voulons que faire sentir l'utilité de pratiquer, avec le plus grand soin, les expériences docimasiques, et l'importance que l'on doit attacher à toutes les précautions que nous recommandons d'observer.

Les poumons se tiennent-ils au contraire à plat sur l'eau, de manière à ce que leur surface convexe surnage le liquide, il y a alors de fortes présomptions sur la dilatation de la totalité de leur tissu par des gaz, air ou autres. Enfin il faut terminer la docimasie pulmonaire par deux expériences, qui sont les plus concluantes. La première consiste à couper en douze ou quinze morceaux l'un des poumons, et à les plonger dans l'eau au fur et à mesure qu'on les coupe, de manière à savoir à quelle partie de l'organe ils appartiennent. La seconde, à presser chacune de ces portions *sous l'eau;* à observer si elles rendent du sang et un gaz, si ce gaz s'en échappe par bulles assez grosses, ou

au contraire par bulles extrêmement fines, formant mousse à la surface du liquide; et, lorsque l'on a fortement serré chaque fragment, à l'abandonner à lui-même pour voir s'il *surnage encore*, ou s'il *immerge encore*. La pression doit s'exercer sur les portions qui vont au fond de l'eau, comme sur celles qui restent à sa surface ; l'hépatisation, ou d'autres altérations morbides survenues après que l'enfant a vécu, pouvant faire immerger un poumon qui a respiré. Pareille opération doit être répétée avec l'autre poumon. Enfin il est bon de réitérer la docimasie dans l'eau chaude, alors que les poumons ont surnagé dans l'eau froide, ce qui donne aux expériences plus de valeur.

Exploration de l'abdomen. — L'ouverture de l'abdomen doit être faite d'une manière toute particulière. Il faut, en effet, conserver intactes les artères et la veine ombilicale afin de pouvoir les explorer. Pour arriver à ce but, on incise la ligne médiane depuis l'appendice xyphoïde du sternum jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic; l'on contourne celui-ci à gauche, et l'on poursuit la section obliquement en bas et en dehors, de manière à ce qu'elle descende au milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des isles et la symphyse du pubis. Il en résulte un lambeau triangulaire à sommet un peu tronqué, ayant pour base le côté gauche de l'abdomen. Il est alors facile de voir les trois vaisseaux dans la cavité abdominale, en soulevant l'ombilic pour faire saillir les replis du péritoine qui les contiennent, et d'inciser circulairement la peau sur le pourtour des parois abdominales en ménageant ces vaisseaux.

Les circonstances qui doivent fixer l'attention de l'expert sont les suivantes : sang, sérosité sanguinolente ou autre liquide épanché dans la cavité péritonéale. — Péritoine soulevé par des bulles gazeuses résultant de la putréfaction. — Déchirure du foie. — Taches violacées et saillantes du foie, qui ne sont le plus souvent que l'indice d'un épanchement de sang dans l'intérieur de cet organe. — Déchirure de la rate ou réduction en bouillie d'une portion plus ou moins considérable de sa substance. — Dispositions intérieures de l'anneau ombilical. — Degré d'oblitération des artères et de la veine ombilicales ainsi

que du canal veineux, ce dont on s'assure en introduisant dans les vaisseaux un stylet de l'intérieur à l'extérieur. — État de l'estomac et des intestins; savoir si l'estomac renferme du lait ou seulement des mucosités; le point des intestins où se trouve le méconium, ou bien l'absence de ce produit. — L'état de la vessie, des reins, de l'utérus et de ses annexes; enfin les parties génitales extérieures.

Il ne reste plus, pour compléter l'autopsie, qu'à détacher toutes les parties molles qui environnent le tronc, afin de s'assurer s'il y existe des ecchymoses; à pratiquer des incisions nombreuses sur les membres dans le même but, et à terminer par l'examen de l'extrémité inférieure des fémurs pour y rechercher le point d'ossification qui s'y développe pendant le neuvième mois de la grossesse, ou les autres points osseux qui sont propres aux autres mois de la gestation. Pour les découvrir, on coupe chaque cartilage par tranches très minces et transversalement à la longueur de l'os, de manière à suivre l'épaisseur du point osseux, à le voir successivement paraître, augmenter et décroître.

EXPERTISES EN MATIÈRE D'INFANTICIDE.

N° 1. *Soupçon d'infanticide. — Phénomènes putrides qui démontrent que l'enfant était mort dans le sein de la mère.*

Obs. CVI. — Le 25 février 1836, nous, docteurs en médecine, etc. en vertu d'un réquisitoire de M. le procureur du roi, en date du.... nous sommes transportés à la Morgue, en présence de M. F..... commissaire de police du quartier de.... à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant nouveau-né, trouvé sous un des guichets du Carrousel, et de déterminer si cet enfant est né vivant, s'il a vécu; et, dans le cas où il aurait vécu, si sa mort a été naturelle ou le résultat de violences exercées sur lui. Il résulte de notre examen les documents suivants :

Enfant du sexe masculin, pesant 5 livres 10 onces, long de 16 pouces 5 lignes; le diamètre bipariétal 2 pouces 1/2; diamètre occipito-frontal, 4 pouces; diamètre occipito-mentonnier, 5 pouces; le milieu du corps répondant à 5 lignes au-dessus du nombril.

Au-dessus de l'ombilic, une portion de cordon attachée à l'anneau: elle a 16 pouces 1/2; les ongles assez bien conformés et atteignant l'extrémité des doigts; le cordon mou, flasque, gélatineux, non vrillé, d'un rouge brunâtre, ne portant aucune ligature sur sa longueur; toutes les parties molles du corps flasques; les os de la tête chevauchant les uns sur les autres; les parois de la poitrine affaissées; l'abdomen aplati en avant, bombé et saillant sur les côtés; toute la peau couverte d'un

enduit sébacé ; l'épiderme détaché dans plusieurs endroits de la surface du corps, et laissant à nu le derme, d'un rouge brunâtre très humecté ; le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sérosité analogue à de la gelée de groseilles; tous les muscles ayant pris cette teinte; les os et les cartilages colorés eux-mêmes en un rouge brunâtre; de la sérosité brunâtre dans la cavité de l'abdomen, de la poitrine et du crâne; le cerveau ramolli, diffluent.

Au centre du cartilage des fémurs, un commencement d'arborisation vasculaire, dessinant l'origine d'un point osseux ; les vaisseaux ombilicaux parfaitement libres, de manière à permettre le passage d'un stylet de l'intérieur de l'abdomen à l'intérieur du cordon.

Rien de remarquable dans la bouche, le pharynx et le larynx.

Les poumons petits, déjetés à droite et à gauche dans la poitrine, de manière à ce que leur surface interne soit devenue antérieure; leur tissu charnu de la couleur de foie d'adulte; enlevés de la poitrine et placés dans l'eau, ils vont au fond du liquide.

Coupés par morceaux, chacun des fragments immerge ; les fragments, comprimés sous l'eau et abandonnés à eux-mêmes, restent encore au fond du liquide après la compression.

L'estomac et les intestins sont colorés en rouge brunâtre ; la moitié inférieure du colon et le rectum sont remplis de méconium.

Il n'existe pas dans les cavités du nez ou de la bouche des traces de tampon ou d'autres corps étrangers.

On n'observe pas non plus de piqûres, plaies, contusions ou violences, de quelque nature que ce soit, dans les diverses parties des corps.

Conclusion.

1° Le corps soumis à notre examen est celui d'un enfant de huit mois.

2° La mort de cet enfant a eu lieu dans le sein de la mère, et elle a précédé de six jours environ l'accouchement.

3° Rien n'indique qu'elle ait été le résultat de violences exercées sur l'enfant; il y a lieu de croire qu'elle a été naturelle.

Cet exemple fait voir combien il est utile de tenir compte des phénomènes putrides et de l'espèce de putréfaction qui s'est développée, puisque c'est en y ayant eu égard que nous sommes arrivés à reconnaître que la mort avait précédé l'accouchement, et par là nous avons fait disparaître tout soupçon de crime d'infanticide; toutefois cette expertise n'exclut pas la possibilité d'un avortement provoqué ; mais si des tentatives ont été faites à cet égard, elles n'ont certainement pas exercé une influence directe sur le corps de l'enfant. Au surplus, on a vu quelquefois des femmes accoucher naturellement d'enfants morts, et qui, pour éviter toute espèce de frais d'inhumation, ont déposé leur enfant dans des lieux isolés, sans s'enquérir des conséquences que peut avoir une pareille conduite.

N° 2. *Enfant mort-né. — Déclaration d'infanticide, avec huit jours de vie, par les premiers experts. — Erreur. — Submersion. — Chute du cordon par la putréfaction.*

Obs. CVII. — Un enfant est retiré de la Seine, auprès de Vaugirard, et envoyé par le commissaire de police de ce village; il était enveloppé

dans un sac fait avec de la toile pareille à celle d'un sac d'argent, mais d'un tissu un peu plus serré. La capacité de ce sac était telle, qu'il pouvait contenir à peu près de 2,000 à 2,500 francs; son ouverture était fermée par une couture faite avec du fil bleu.

Longueur du fœtus, 19 po. 8 lig.; long. du sommet de la tête à l'ombilic, 10 p. 8 l. La moitié du corps correspond à 6 l. au-dessus de l'ombilic.

Diamètre pariétal, 3 p. 5 lig.; — diam. occipito-frontal, 4 p. 3 lig.; — diam. occipito-mentonnier. 5 po. Le poids total du fœtus est de 5 livres 4 once.

État extérieur du corps. — Très fort, très bien musclé; en pleine putréfaction, caractérisée par l'état suivant : Teinte rouge brunâtre et verdâtre du cuir chevelu; os du crâne très mobiles les uns sur les autres, de manière à se recouvrir par leurs bords, suivant qu'on donne à la tête telle ou telle position; teinte jaune de la face, parsemée de plaques lie de vin; paupières affaissées, rentrant dans les orbites, et appliquées sur les deux globes oculaires, qui ont perdu leur élasticité et qui paraissent vidés; les trous et les ouvertures nasales commencent à tomber en putrilage; les joues sont dures, compactes, et leur état contraste avec la mollesse des parties qui terminent les ouvertures naturelles; le nez et la joue, du côté droit, sont déprimés fortement. Cette dépression paraît être le résultat de la position que l'on a donnée à la tête, dans le sac, en la déjetant fortement sur l'épaule droite. La peau de la presque totalité de la poitrine et celle de l'abdomen offrent une teinte d'un vert foncé; la poitrine et le ventre sont très volumineux; l'épiderme est détaché en presque totalité de ces parties; les avant-bras, une partie des bras, les cuisses, les jambes et les pieds, présentent une coloration verdâtre; l'épiderme les recouvre encore, excepté aux fesses, les bourses sont d'un vert brunâtre ainsi que la verge; l'épiderme des mains est blanc et plissé comme par des cataplasmes, mais il n'est pas encore détaché; les ongles, très adhérents, recouvrent parfaitement l'extrémité des doigts. — Le cuir chevelu est tapissé d'une assez grande quantité de cheveux blonds, dont la longueur surpasse un pouce dans quelques points. — Il n'existe pas de cordon ombilical. L'ombilic ne présente que le bourrelet cutané, saillant, auquel s'insère le cordon. Ce bourrelet offre une ouverture large, au milieu de laquelle on distingue très bien les vaisseaux du cordon, ayant une coloration rougeâtre et paraissant être canaliculés; on ne remarque pas d'enfoncement ni de cul-de-sac, comme cela s'observe assez généralement après la chute naturelle du cordon; et en exerçant une traction sur les vaisseaux, on peut facilement les faire sortir de l'abdomen. Le pourtour de l'ouverture du bourrelet ombilical présente des bords nets et sans aucun lambeau; en écartant ce pourtour, on forme une espèce d'entonnoir dans le fond, qui, loin de présenter le rétrécissement de l'ouverture de l'ombilic et la cicatrisation des vaisseaux qui précède la chute naturelle du cordon, offre, au contraire, une ouverture assez large. — Il n'existe à l'extérieur aucune trace de violence.

Ouverture de la poitrine. — Thymus très développé; péricarde distendu par des gaz; poumons enfoncés dans les cavités de la poitrine, n'en occupant qu'une petite partie; loin de recouvrir le péricarde, leur face interne est antérieure, le bord libre se trouvant déjeté le long des côtes; la plèvre qui les tapisse est soulevée par des gaz dans beaucoup de points, de manière à figurer des espèces d'ampoules à la surface des

poumons; tous les gros vaisseaux sont flasques et contiennent peu de sang; une petite quantité de sérosité sanguinolente se remarque dans chacune des cavités thoraciques, et paraît être le résultat de l'exsudation produite par le fait de la putréfaction. Le canal artériel ne présente aucun rétrécissement; la veine cave inférieure ne contient pas de sang; le trou de Botal est largement ouvert; les parois de la trachée-artère sont molles, flasques, affaissées sur elles-mêmes; leur tissu est un peu rougeâtre; l'intérieur de ce conduit est complétement vide, aussi bien que l'intérieur du larynx; on n'y trouve ni eau ni écume. — Les poumons, jetés dans l'eau avec le cœur et le thymus, surnagent; le thymus, placé dans l'eau isolément, va au fond de ce liquide; il en est de même du cœur, chaque poumon, placé isolément, surnage. — Les poumons coupés par petits morceaux surnagent; *chaque petite portion exprimée entre les doigts, va au fond de l'eau;* elle donne par expression un dégagement de gaz, qui a lieu par bulles en général très grosses, tandis que chez les poumons qui ont respiré, c'est par bulles extrêmement fines que le dégagement de l'air a lieu. — Du reste, les vaisseaux des poumons ne contiennent pas de sang. — A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit la veine ombilicale et les artères avoisinantes très volumineuses, à parois molles, peu épaisses, se laissant facilement traverser par un stylet qui vient ressortir par l'ombilic. — Le canal veineux est très libre. — La surface de l'estomac et des intestins est d'une couleur rosée. — La fin de l'arc transversal du colon, la portion descendante de cet intestin et le rectum sont remplis de méconium. — La vessie est vide d'urine. — Le foie est d'un brun ardoisé, mais flasque. — Il en est de même de la rate. — Les reins ne présentent rien de remarquable. Il existe un point osseux au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur.

Des faits énoncés ci-dessus, nous concluons :

1° Que le cadavre soumis à notre examen est celui d'un enfant à terme, et qui, par son organisation, était dans toutes les conditions les plus favorables à la viabilité;

2° Que l'enfant n'a pas respiré;

3° Qu'il ne porte pas de traces de violence, ni de blessure ou lésion organique quelconque qui puisse expliquer la mort;

4° Qu'il n'est resté que quelques jours dans l'eau;

5° Que les diverses surnatations des poumons indiquées dans notre rapport sont des effets résultant d'un développement de gaz, sous l'influence de la putréfaction;

6° Que l'absence du cordon ombilical n'est pas l'effet de sa chute naturelle, mais bien de la putréfaction; circonstance qui a induit en erreur les premiers experts.

N° 3. *Soupçons d'infanticide. — Enfant mort-né. — Une première expertise. — Phénomènes putrides pris pour des traces de contusions.*

Obs. CVIII. — Nous, soussignés, docteurs en médecine, nous nous sommes rendus aujourd'hui, 16 février 1834, à la Morgue, en vertu d'une ordonnance de M. Barbou, juge d'instruction, à l'effet de procéder à l'autopsie cadavérique d'un enfant nouveau-né, trouvé dans la commune de la Chapelle, et de constater *si ledit enfant est né à terme, s'il a vécu, et de quelle manière la mort est survenue.* Après avoir prêté serment entre les

mains de M. le procureur du roi, présent à l'autopsie, de faire notre rapport en notre honneur et conscience, nous avons procédé à cet examen, et nous avons observé les faits qui suivent : — Poids 4 livres 1 once 5 gros. — Longueur, 18 pouces. — Moitié du corps correspondant à 9 lignes au-dessus de l'ombilic. — L'enfant nous est présenté, enveloppé dans un linge sans marque et deux morceaux d'étoffes de robe, l'une brune et l'autre amarante. — La putréfaction du cadavre est déjà fort avancée ; tous les tissus sont ramollis, les parties déformées, le cerveau en bouillie, les os disjoints ; le cuir chevelu forme une sphère mollasse qui contient les os mêlés les uns avec les autres ; l'épiderme est détaché sur la presque totalité du corps, excepté sur une partie des membres ; il n'existe pas à l'ombilic de phénomène propre à faire soupçonner la vie de l'enfant.

Le cordon est complétement réduit en une bouillie liquide et homogène. — *Le thymus, le cœur, les poumons, sont parfaitement sains et exempts de putréfaction.* — Le trou de Botal est largement ouvert. — Le thymus, le cœur et les poumons plongés dans l'eau, soit ensemble, soit séparément, se rendent au fond du liquide. — Chaque poumon coupé par petits morceaux, va au fond de l'eau. — Les autres organes sont dans l'état d'un enfant nouveau-né. Un point osseux à l'extrémité inférieure du fémur.

D'où nous concluons :

1° Que l'enfant est né à terme ;

2° Qu'il n'a pas vécu.

Une première expertise avait eu lieu, et l'on avait reconnu « 1° une contusion étendue à la racine du nez, au front et aux yeux ; 2° une seconde contusion semblable à celle-ci du côté droit, de 2 pouces de diamètre ; 3° une ecchymose de 4 à 5 pouces, sur la partie antérieure du thorax ; 4° quatre ecchymoses sur la partie postérieure et supérieure du thorax ; 5° une contusion *à l'extrémité du col et sous le menton ;* 6° une contusion de 2 pouces de diamètre à la partie extérieure et supérieure de la cuisse droite. » Ces diverses apparences de contusions étaient dues à des phénomènes cadavériques.

N° 4. *Soupçons d'nfanticide. — Mauvaise docimasie.*

Obs. CIX. — Nous soussignés, etc., requis par M. le juge paix, etc., le 11 mai, etc., de visiter en sa présence le corps d'un enfant nouveau-né, qui venait d'être retiré d'une marre, etc., et nous étant transportés chez le garde de la commune, où le cadavre avait été déposé, nous avons procédé à son examen.

Extérieur du corps. — Sexe féminin. 17 pouces 1/2 de longueur. — Poids, 5 livres 1/2. Les cuisses fléchies sur le bassin, et les jambes fléchies sur les cuisses, sont dans un état de rigidité évidente. Les bras, étendus le long du tronc, et les avant-bras, fléchis sur les bras, ont la même rigidité que les membres inférieurs.

Le milieu du corps répond, à quelques lignes près, à l'ombilic.

Le diamètre bipariétal a 3 pouces 1/2, l'occipito-frontal 4, et l'occipito-mentonnier 5.

Partout la peau est recouverte d'une légère couche de vase, excepté aux plis des aines, sous les aisselles et aux plis des bras, où on remarque une assez forte couche d'enduit sébacé.

La peau est d'un blanc jaune, bien organisée, peu plissée aux pieds et aux mains ; les ongles recouvrent convenablement le bout des doigts.

Le cordon ombilical, de 1 pouce 1/2 de long, mince, dépourvu de gélatine, fortement adhérent, présente à son extrémité libre des inégalités indiquant qu'il a été déchiré ; car les membranes et les vaisseaux qui le constituent ne sont point tranchés sur un même plan ; les vaisseaux dépassant de 2 à 3 lignes les membranes qui flottent au-dessous. — Aucune teinte inflammatoire n'entoure ce reste de cordon à son attache ; il n'a pas de ligature.

La poitrine forme une voussure prononcée; le ventre est très peu météorisé.

Le côté gauche de la tête, le bras du même côté, ainsi que la cuisse et la jambe, sont légèrement aplatis de dehors en dedans ; mais il n'y a pas de suffusion sanguine dans toutes les parties, excepté une très légère le long du bras, au col, à la partie de la tête dont il vient d'être parlé, où elle est très prononcée.

Un peu de méconium s'échappe de l'anus et une glaire légèrement sanguinolente coule de la vulve.

L'œil gauche fait une saillie de la moitié de son volume hors des paupières, par lesquelles il est pressé, et qui ne peuvent plus le recouvrir. Le droit est caché derrière les voiles. — Les cornées transparentes sont ici *très opaques* et ne permettent pas de distinguer la couleur de l'iris. Une ecchymose bleuâtre entoure le globe de l'œil gauche.

La tête est partout couverte de cheveux noirs d'un demi-pouce de longueur. Au côté gauche de la tête, principalement sur le temporal, l'épiderme s'enlève facilement sur plusieurs points, et là où l'épiderme ne s'enlève pas, le cuir chevelu a une teinte légèrement verdâtre.

Rien dans les fosses nasales; rien ne s'échappe des oreilles. Dans la bouche un peu de vase qui ne va pas au-delà des deux tiers de sa profondeur. Dans cette partie, nous trouvons un brin de paille mince de 1 pouce 1/2 de long, et souillé de vase. La langue, les lèvres, l'intérieur de la bouche décolorés.

Ouverture. — Le cuir chevelu incisé dans sa circonférence et enlevé avec soin, nous laisse voir une large ecchymose, avec infiltration de sang à demi caillé dans le tissu cellulaire épicrânien, qui lui-même est emphysémateux ; cette infiltration sanguine s'étend dans le tissu cellulaire du cou, où nous trouvons deux ou trois petits caillots de sang noir. Le côté droit de la tête et du cou n'offre rien de semblable.

Le péricrâne est adhérent au crâne dans toute son étendue. Sur cette boîte osseuse il n'y a ni fracture, ni enfoncement, ni étoiles ; mais le temporal, l'occipital et le pariétal gauches sont d'une teinte rouge brun et souillés de sang de la consistance de gelée de groseilles.

Les ligaments qui unissent les os du crâne incisés, et les derniers enlevés, nous laissent voir la surface du cerveau couverte, à droite comme à gauche, d'une grande quantité de sang à demi fluide, d'un rouge un peu brun. La dure-mère adhère dans toute son étendue à la face interne des os, excepté au pariétal gauche, où elle n'est fixée qu'à son pourtour. Partout elle est recouverte d'une couche de sang à demi coagulé.

L'arachnoïde enlevée, laisse voir la pulpe cérébrale d'une couleur naturelle, excepté où le sang l'a colorée. Elle est molle, diffluente sur certains points.

Point d'épanchement sanguin ni séreux dans l'intérieur de cette

masse. Cette substance enlevée, nous voyons la tente du cervelet, ainsi que toute la base du crâne, couverte de sang à demi fluide. Le cervelet, comme le cerveau, est presque diffluent. La base du crâne débarrassée du cervelet et bien lavée, nous n'y découvrons aucune fracture.

L'orbite gauche contient du sang caillé à son sommet, et le périoste qui tapisse sa paroi supérieure est détaché.

Le volume de l'œil gauche n'est pas plus grand que l'autre; ils sont l'un et l'autre un peu affaissés.

Le larynx ouvert n'offre rien d'anormal : il ne contient ni eau, ni écume, ni vase.

Le sternum enlevé nous montre les poumons ne remplissant qu'à moitié les cavités pectorales; ils sont roses, sur un fond blanc et vésiculeux. Enlevés avec le cœur et le thymus, après avoir lié les gros vaisseaux, et jetés dans l'eau, ils surnagent en s'élevant au-dessus de sa surface.

Le cœur séparé tombe au fond du vase, et le reste flotte et s'élève encore un peu plus à la surface de l'eau. Ces mêmes organes retenus au fond du liquide et incisés, on voit une grande quantité de bulles d'air monter à la surface de l'eau. Des incisions faites sur tous les points des poumons à une profondeur plus ou moins grande, déterminent toujours le même effet. Des fragments de poumons séparés, fortement pressés au fond de l'eau pour en faire sortir l'air, et abandonnés ensuite, remontent brusquement à sa surface. La masse entière, même avec le thymus, soumise à la même épreuve, produit le même effet. Sortis de l'eau, fortement comprimés, *roulés dans les mains*, et rejetés dans l'eau, les fragments de poumons surnagent toujours. Ces organes contiennent très peu de sang, ainsi que le cœur. Le trou de Botal est largement ouvert, et le canal artériel libre. Tous les organes renfermés dans la poitrine n'offrent rien d'anormal.

Les viscères renfermés dans le ventre sont dans l'état naturel. Le cordon ombilical est vide; un stylet le pénètre aisément. Le foie a son volume et sa couleur ordinaires. Incisé sur différents points, il fournit une quantité notable de sang d'un rouge brun. Le colon est plein de méconium dans toute son étendue; mais cette excrétion prend une teinte d'autant plus brune qu'elle approche davantage du rectum, où elle a une teinte noire et une consistance poisseuse. L'estomac et les intestins grêles sont vides et contractés. La vessie renferme peu d'urine.

Nous remarquons que toutes les membranes muqueuses, même celles du vagin, de l'utérus, de la vessie, sont décolorées; la peau offre le même aspect; les muscles des membres et ceux du tronc sont d'un rose très pâle. Il n'y a aucun signe de putréfaction sur la peau et sur les organes intérieurs.

Conclusion.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure : 1° que l'enfant dont il s'agit est nouveau-né et à terme; 2° qu'il est né vivant; 3° qu'il a respiré largement et profondément; 4° qu'il a vécu quelques instants; 5° que sa mort n'est pas naturelle; que, quoique trouvé dans l'eau il n'est pas mort d'asphyxie par immersion; 6° qu'il avait cessé de vivre et de respirer avant d'être jeté dans l'eau; 7° que cette mort a dû être occasionnée par l'épanchement de sang trouvé entre la dure-mère et le cerveau. Nous ignorons quelle cause peut avoir produit cet épanchement. Est-ce un coup reçu sur le côté gauche de la tête? Est-ce une chute sur cette partie, la mère accouchant debout? Aurait-il été frappé

contre un corps dur? Nous ne pouvons l'assurer; mais nous pensons que cette cause, quelle qu'elle soit, a pu être secondée par une perte de sang un peu abondante par le cordon, qui n'était entouré d'aucune ligature. Cependant la manière dont ce cordon a été déchiré a dû, jusqu'à un certain point, s'opposer à une hémorrhagie.

Il nous paraît difficile de dire au juste combien il y a de jours que cet enfant est né; mais nous pensons que le terme de trois à cinq ou six jours est ce qu'il y a de probable.

Lafère, le 12 mai 1837.

Demom..... Lab.....

La conclusion prise à l'occasion de ce rapport ne me paraît pas reposer sur des faits à l'abri d'objection. L'étendue de la lésion de la tête, l'aspect du liquide infiltré dans le tissu cellulaire, la coloration des os, l'absence de fracture en présence de désordres si graves, sont autant de circonstances qui me font craindre que tous les désordres signalés ne proviennent du fait de l'accouchement.

N° 5. *Soupçon d'infanticide. — Enfant jeté dans une fosse d'aisances. — Putréfaction.*

Obs. CX. — Le 19 juillet 1832, nous soussigné, docteur en médecine, nous sommes rendu rue du Temple, n° 5, sur l'invitation de M. le commissaire de police du quartier Sainte-Avoye, à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture d'un enfant nouveau-né, trouvé dans la fosse d'aisances de ladite maison, dans la nuit du 18 au 19.

Enfant du sexe masculin, 10 pouces 9 lig. de longueur; la moitié du corps correspondant à 3 lig. au-dessus de l'ombilic; diamètre bipariétal, 3 po. 1/2; occipito-frontal, 4 po. 7 lig.; occipito-mentonnier, 5 po.; putréfaction caractérisée par la chute générale de l'épiderme, dont quelques lambeaux flottent çà et là dans tous les points de la surface du corps; destruction et saponification de la main droite; chute des ongles; destruction de la peau de l'abdomen; pas de cordon ombilical; à la place de l'anneau, un bourrelet de gras de cadavre; tous les points où la peau est détruite sont saponifiés; des corrosions disséminées sur les fesses et la partie supérieure du dos; l'une d'elles a 2 po. de diamètre. Le cuir chevelu décollé et en partie détruit en arrière. — Autour du col existe circulairement une dépression de 2 lignes de largeur, à surface comme chagrinée, plus opaline et tendant à la saponification; elle semble indiquer la trace d'un lien, mais l'on ne retrouve pas ce lien. L'enfant nous a été représenté dépourvu de tous vêtements. — Au centre du cartilage du fémur, existe le point d'ossification qui se développe pendant le neuvième mois de la grossesse. — Du reste, tous les tissus sont infiltrés de gaz, car le cadavre et ses diverses parties surnagent. Les poumons sont flasques, grisâtres, mollasses; les plèvres qui les tapissent sont parcheminées et soulevées par des gaz. — Ils surnagent avec le cœur et le thymus; placés isolément, ils surnagent. — Les fragments exprimés sur l'eau dégagent un grand nombre de bulles gazeuses; les uns vont au fond, les autres à la surface.

L'état de la putréfaction des organes et de l'abdomen ne nous a pas permis de constater l'existence du méconium et l'état des vaisseaux.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen est né à terme.
2° Il est resté trois semaines environ dans la fosse.
3° Malgré la surnatation de plusieurs fragments des poumons, après leur expression sous l'eau, il ne nous est pas possible de dire s'il a vécu, attendu le degré de putréfaction avancé de ces organes.

N° 6. *Soupçon d'infanticide. — Macération dans l'alcool. — Impossibilité de préciser si l'enfant a respiré.*

Obs. CXI. — Le 10 janvier 1838, en vertu d'une ordonnance de M. Vanin de Courville, juge d'instruction, qui nous commet à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant trouvé dans la maison rue Saint-Honoré, n° 68; de déterminer s'il est né viable, s'il a vécu, quel est son âge, la cause de sa mort; si celle-ci a été le résultat d'une strangulation ou de l'asphyxie produite par l'introduction d'un morceau de bois dans la bouche; nous nous sommes rendu à la Morgue, où nous avons procédé auxdites opérations dont nous consignons ci-après les résultats.

Enfant du sexe féminin, long de 15 pouces; la moitié du corps répond à 5 lignes au-dessus de l'ombilic. Le diamètre bi-pariétal de la tête a 3 pouces, l'occipito-frontal 3 pou. 5 lig., l'occipito-mentonnier 4 pouces 10 lignes. Il n'existe pas de point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure des fémurs; les ongles atteignent l'extrémité des doigts.

A l'ombilic, se trouve une portion de cordon de 5 pou. de longueur; elle porte une ligature placée à un demi-pouce de l'anneau; cette ligature est formée par un fil brun; le cordon est fort adhérent, et ne présente aucun des caractères qui dénotent sa chute prochaine.

La bouche a 6 lignes d'ouverture; toutefois cet enfant ayant macéré pendant long-temps dans de l'alcool, ce diamètre a pu être primitivement un peu plus étendu. La lèvre supérieure présente à droite une dépression, et la lèvre inférieure en offre une autre à gauche, comme si un corps eût été engagé dans cette ouverture. Ces dépressions sont du reste parfaitement en rapport avec les angles d'un morceau de bois qui nous est représenté et que nous décrirons plus bas; il n'existait d'ailleurs aucune lacération des gencives.

Autour du cou et sur la poitrine, se trouve placée une sorte de lanière ou ruban de laine, noué par une rosette simple, ayant 7 à 8 pou. de longueur et 4 lignes de largeur. Ce ruban n'est pas appliqué sur la totalité de la circonférence du cou; il pend sur la poitrine en forme de collier ou chapelet, et l'anse qu'il forme est assez large pour être traversée par la tête de l'enfant, en sorte que l'on peut retirer ce ruban sans en défaire la rosette.

Il n'existe pas à la peau ou dans les parties profondes du cou de traces d'une pression exercée sur cette région.

Les os du crâne sont sains; on n'aperçoit aucun indice de violence tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des organes; seulement on trouve dans le ventre une quantité notable de sang coagulé et altéré par l'alcool dans lequel le fœtus a macéré.

Les poumons sont formés par un tissu celluleux dans leurs deux tiers supérieurs; ils sont charnus, d'une grande consistance dans leur

tiers inférieur. Cet état celluleux peut provenir de trois causes différentes : la respiration, l'insufflation de l'air, l'état emphysémateux. Son siége tend à exclure cette dernière cause, car alors l'état celluleux eût été général ; mais il nous est impossible d'affirmer que l'enfant a respiré ou que l'on a pratiqué l'insufflation pour le rappeler à la vie, attendu que la macération des organes dans l'alcool pendant plusieurs mois a totalement changé leur texture, il semble qu'il y ait une déperdition de la substance propre des poumons, soit par dissolution, soit par retrait et contraction.

Le cœur est très petit, contracté. Il existe une liqueur alcoolique dans la cavité du péricarde ; il en est de même de la cavité du péritoine. — Tous les organes de l'abdomen offrent la densité et la texture des matières animales en macération dans l'alcool ou l'eau-de-vie.

Un morceau de bois que l'on a trouvé placé dans la bouche de l'enfant offrait les dispositions suivantes.

Il figurait un carré long, une sorte de coin à fendre le bois ; il avait 4 pou. 10 lig, de longueur sur 1 po. de largeur ; il était mince à une extrémité, plus épais à l'autre. Il immergeait complétement dans la liqueur alcoolique au milieu de laquelle l'enfant avait été placé, ce qui prouve qu'il s'était imprégné d'alcool par la macération, au point de perdre tous ses gaz et d'agir dans ce liquide en vertu de son poids spécifique. (L'enfant avait été entassé dans un bocal à cerises à l'eau-de-vie, au milieu d'alcool, et, pour l'en extraire, on avait été obligé de casser le bocal.)

Ce morceau de bois entre avec beaucoup de peine dans la bouche ; il faut en distendre les parois pour l'y faire pénétrer ; mais l'alcool opérant la contraction et la diminution de volume des organes et des tissus, le morceau de bois a pu y être introduit lorsque l'enfant était récemment né.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen était arrivé au terme de sept mois.

2° Il nous est impossible de dire s'il est né vivant, s'il a vécu, s'il est né viable et s'il a respiré, ou si au contraire il est mort-né.

3° Nous ne possédons aucun *indice matériel* qui puisse nous éclairer sur la cause de la mort. Nous n'avons aucune preuve qu'une constriction ait été exercée autour du cou ; et quant à l'usage du morceau de bois qui nous a été représenté, nous ne pouvons qu'appeler l'attention sur les dépressions des deux lèvres, qui tendent à démontrer qu'en effet il a été introduit dans la bouche. Nous ajouterons cependant qu'il nous manque la preuve que cette introduction ait été opérée pendant la vie.

4° Tous ces résultats négatifs sont une conséquence de la macération prolongée de l'enfant dans de l'alcool, qui a complétement modifié l'aspect et la texture des organes, et nous estimons que cette macération remonte à plusieurs mois.

Fait à Paris, ce 10 janvier 1838.

N° 7. *Enfant mort en le transférant en nourrice. — Ramollissement du tube digestif.*

Obs. CXII. — Nous, soussigné, etc., en vertu d'une ordonnance de M. Hély d'Oissel, substitut du procureur du roi, nous nous sommes rendu à la Morgue pour procéder à l'examen d'un enfant du sexe féminin qui nous a été présenté.

L'enfant est enveloppé et couvert de vêtements : calots, langes, etc. ; — il pèse 2,100 gram., ou 2 liv. 3 onces environ ; — son corps a 18 pou. 9 lignes de longueur ; — le milieu du corps correspond à 9 lignes au-dessus de l'ombilic.

Diamètres de la tête. Bi-pariétal 3 po. 3 lignes, occipito-frontal 4 po. 2 lig., occipito-mentonnier 4 po. 7 lig.

La cicatrice temporaire du cordon est tombée.

L'enfant présente un état d'amaigrissement très considérable.

Ses téguments sont pâles, du reste bien conformés ; ils sont recouverts de poils vers les épaules.

Les ongles dépassent l'extrémité des doigts.

Les fontanelles du crâne, par leur rétrécissement, indiquent une existence d'environ quinze jours.

La trachée artère est affaissée sur elle-même ; elle est obstruée par une matière blanche pultacée, semblable pour l'aspect à des grains de semoule cuite dans du lait.

A l'ouverture du thorax, les poumons se présentent avec un aspect sain ; mais si l'on vient à soulever ses lobes, on voit que la surface seule est saine, car le reste de l'organe est transformé en une sorte de bouillie légère, spumeuse, emphysémateuse, crépitante sous les doigts, d'une coloration vert très foncé. L'état de cet organe s'oppose à l'application de tout procédé de docimasie pulmonaire hydrostatique.

Le cœur renferme du sang dans ses cavités droites ; le canal artériel n'est pas tout-à-fait oblitéré.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un liquide d'un jaune verdâtre, d'une consistance gélatineuse; dans son intérieur, nage une matière grumeleuse ; à travers ce liquide, on n'aperçoit que le foie, dont le volume est peu considérable ; aucune circonvolution intestinale ne s'y remarque. Par des lotions à grande eau très souvent répétées, on parvient à peine à débarrasser l'abdomen de toute cette matière caséiforme qui le remplissait, et dont une partie représente des morceaux, du volume d'une noisette, blancs comme le fromage caillé, et la presque totalité est formée par des petits morceaux jaunâtres teints de bile ; aucune trace d'ailleurs du péritoine qui recouvre le canal digestif. Vers la partie gauche, près la ligne médiane, et avant d'avoir rien fait sortir de l'abdomen, on remarquait une espèce de plaque rouge formée par une portion de péritoine non ramollie ; elle est fortement injectée.

Le feuillet du péritoine qui tapisse la face concave du foie est très rouge, ainsi que celui qui passe au-devant de la colonne vertébrale.

Les vaisseaux ombilicaux ne sont pas recouverts de péritoine.

Il ne restait enfin du tube intestinal qu'un ruban très étroit appartenant au colon transverse, présentant ses bords frangés et formés par des filaments représentant des arborisations déliées ; sa consistance était celle d'une fausse membrane, c'est-à-dire gélatineuse.

Le cerveau offrait une couche de sang coagulé à sa surface ; l'intérieur de sa substance était fortement piqueté.

Conclusion.

L'enfant a quinze jours environ.

Il est mort à la suite d'une péritonite et d'une gastro-entérite des plus violentes, dont la terminaison a été la transformation en gélatine de tout le tube intestinal et de son péritoine.

Sa mort ne saurait donc être imputée à une action criminelle.

N° 8. *Infanticide par omission. — Enfant de huit mois, mort de froid après deux jours de naissance.*

Obs. CXIII. — Un enfant, né le 2 février dans la commune de Plaissis, arrondissement de Seine-et-Oise, est transporté à la Bourbe le 4, et meurt pendant sa translation à cet hospice. Longueur, 16 pouces 1/2; poids, 4 liv. 5 onces; conformation généralement bonne; cheveux longs, nombreux, noirs; ongles recouvrant l'extrémité des doigts; peau bien organisée; cordon long de 1 pouce 1/2, réduit à ses membranes, sans gélatine de Warthon, desséché et aplati de manière à former un ruban; deux cercles existent à l'insertion du cordon à l'anneau : l'un rose en dehors, l'autre blanc en dedans près du cordon, et tendant à la suppuration. — L'insertion du cordon correspond à 1 pouce au-dessus du nombril; les fontanelles ont un écartement ordinaire; les os de la tête se touchent par leurs bords; diamètre occipito-frontal, 4 pouces 1/2; occipito-mentonnier, 5 pouces. — Mesure de la circonférence du thorax, 10 pouces 1/2. — Thymus très développé; poumon droit remplissant la cavité thoracique; poumon gauche ne paraissant la remplir qu'à la partie supérieure; la couleur de ces organes est rosée; le tiers du poumon gauche, qui est moins développé, offre une couleur rouge foncé. — Le péricarde contient dans sa cavité une quantité notable de sérosité jaunâtre; le cœur est assez volumineux, plein de sang; le canal artériel n'est nullement oblitéré, non plus que le trou de Botal. — Le poids des poumons et du cœur est de 2 onces 1 gros 1/2; celui du cœur est de 5 gros 1/2; les poumons, plongés dans l'eau avec le cœur et la trachée, surnagent lorsqu'on les presse; après les avoir coupés par morceaux, ils restent de même à la surface du liquide. — La veine ombilicale n'est point oblitérée, non plus que les artères ombilicales, mais le calibre de ces vaisseaux est déjà diminué. — Le foie est d'un rouge brun et contient une quantité notable de sang; la vésicule du fiel renferme de la bile d'un rouge jaunâtre. — L'estomac et les intestins grêles, le gros intestin, contiennent une matière jaunâtre qui n'a pas l'apparence du méconium. — Les vaisseaux du cerveau paraissent injectés; les circonvolutions sont assez marquées; la substance grise du cerveau ne se distingue pas de la blanche; la matière cérébrale est très ramollie. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur ne consiste que dans des apparences vasculaires.

N° 9. *Infanticide par omission, occasionné soit par l'action du froid, soit par une compression trop forte de l'enfant, porté dans les bras pendant un trajet de quatre heures de nuit.*

Obs. CXIV. — Le 6 septembre 1836, nous..... nous sommes rendus, à sept heures du matin, à la Morgue, à l'effet de procéder, sur l'invitation de M. le procureur du roi, à l'ouverture du corps d'un enfant du sexe masculin, qui a péri le 5 septembre, à dix heures du matin, après avoir été transporté pendant la nuit précédente, sur les bras d'une femme, faisant le chemin à pied, depuis deux heures du matin jusqu'à six heures, pour se rendre à pied de chez elle à Versailles, et en *coucou*, (petite voiture de six places), avec neuf personnes, de Versailles à Paris.

19 pouces 1/2 de longueur; 5 livres 15 onces en poids; le milieu du

corps répondant à six lignes au-dessus de l'ombilic; le diamètre de la tête ayant les dimensions ordinaires ; la peau parfaitement organisée ; les ongles dépassant l'extrémité des doigts; un point d'ossification très prononcé au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur. — A l'ombilic, une portion de cordon de 2 pouces de longueur, portant à son centre une ligature faite avec un gros fil; le cordon desséché, vrillé, mais sans traces de séparation de ses membranes avec l'anneau.

Pas de traces de contusions, plaies, ligatures à la surface du corps ou dans les divers organes. Pas de traces de pression, tampon dans les fosses nasales ou dans la bouche. Un liquide sanguinolent s'échappe de la bouche et du nez.

Teinte violacée du péricrâne dans le voisinage du sommet de la tête (trace évidente d'accouchement récent); *les vaisseaux veineux du cerveau et les sinus de la dure-mère gorgés de sang;* la substance cérébrale ferme, mais peu injectée. Pas de fractures aux os du crâne.

Rougeur du pharynx et du larynx, ainsi que de la membrane muqueuse de la trachée artère.

Les poumons enfoncés dans la poitrine et ne recouvrant pas le péricarde, comme chez les enfants qui ont totalement respiré. Leur couleur a *une teinte violacée parsemée de taches rosées disséminées* sur divers points de leur surface, en sorte que l'on aperçoit et des portions de *parenchyme pulmonaire* non pénétrées d'air, et des parties évidemment pénétrées par ce fluide.

Le cœur volumineux, *gorgé de sang* noir et coagulé dans toutes ses cavités; le trou de Botal encore fort large.

Les poumons, le cœur et le thymus placés ensemble dans l'eau, il y a surnatation de la masse, mais de manière que les poumons occupent les parties les plus élevées du liquide.

Chaque poumon isolé surnage sans dépasser la surface de l'eau; il en est de même de chaque lobe pulmonaire.

Les poumons coupés par morceaux, chacun d'eux surnage; si on vient à les comprimer sous l'eau, ils laissent échapper une plus ou moins grande quantité de bulles gazeuses très divisées, sous la forme de mousse; mais celles qui en donnent le moins vont au fond de l'eau après la compression, tandis que les autres surnagent; le quart de la totalité des poumons va ainsi au fond de l'eau.

L'estomac contient un peu d'eau.

Le méconium a été évacué en presque totalité, et il ne reste plus que l'enduit verdâtre qui colore la membrane muqueuse. Les autres organes sont sains.

Conclusions.

1° L'enfant est né à terme; il a vécu.

2° La respiration n'a pas été aussi complète que possible.

3° Il ne porte pas la trace d'une violence directe à laquelle on puisse attribuer la mort.

4° La mort a pu être déterminée soit par l'action du froid (les nuits étaient alors très froides), soit par une compression involontaire de l'enfant dans les bras de la personne qui le portait, compression qui a été le résultat de la fatigue occasionnée par un long trajet, ou qui aurait été opérée par la réunion de neuf personnes dans une voiture aussi petite, soit enfin à ces deux causes réunies.

N° 10. *Infanticide remarquable par les phénomènes de la submersion coïncidant avec des lésions faites pendant la vie.*

Obs. CXV. — Le 2 août 1838, nous avons examiné, à la Morgue, le corps d'un enfant nouveau-né, d'après une ordonnance de M. Croissant, substitut.

Enfant du sexe féminin, pesant 6 livres 2 onces; 17 pouces 7 lignes de longueur; le milieu du corps répondant à 9 lignes au-dessus du nombril; diamètre bipariétal, 3 pouces 2 lignes; occipito-frontal, 4 pouces 3 lignes; occipito-mentonnier, 5 pouces; peau bien organisée, avec des traces d'enduit sébacé aux aines; point osseux très développé au centre des cartilages de l'extrémité inférieure des fémurs; méconium remplissant le gros intestin; mucosité dans l'estomac.

A l'ombilic, une portion de cordon de 17 pouces 7 lignes de longueur, sans ligature et sans traces de ligature; son extrémité libre coupée nette comme avec des ciseaux.

Teinte très violacée de la peau, comme dans la mort par asphyxie, même en avant du corps; trachée-artère et bronches *remplies de mousse écumeuse* tout-à-fait semblable pour la finesse et le peu de consistance à la mousse des noyés. Poumons *volumineux*, offrant dans toute leur surface les traces de vésicules aériennes; leur surface *tachetée de petites ecchymoses superficielles* arrondies, de 1 ligne à 1 ligne 1/2 de diamètre. Surnatation avec le cœur et le thymus; surnatation isolément; surnatation de tous leurs fragments, qui, comprimés sous l'eau, laissent échapper des milliers de bulles gazeuses avec du sang.

Les cavités droites du cœur, les troncs veineux gorgés de sang.

Etat frais du corps; l'épiderme des mains n'a même pas blanchi par son contact avec l'eau; pas la moindre apparence de putréfaction.

A la mamelle gauche et dans l'épaisseur du mamelon, une *contusion arrondie avec ecchymose* de 1 pouce de diamètre sur 6 lignes d'épaisseur; le sang y est noir, fortement coagulé.

A la tête, cuir chevelu sain, tissu cellulaire peu sanguinolent dans les points correspondant aux *divers épanchements de sang* que nous allons signaler plus bas. 1° Un de 2 pouces de long sur 1 pouce de large sous le périoste du pariétal gauche; *deux fractures* à cet os, l'une étendue de la bosse pariétale au bord supérieur ayant environ 1 pouce 1/2 de longueur; l'autre de 6 lignes, à partir du bord antérieur de cet os en se dirigeant vers son centre. 2° *Infiltration sanguine sous le périoste* de la portion gauche du coronal; elle a 1 pouce de diamètre en tous sens. 3° *Idem* de 6 lignes sur la portion droite du même os. 4° *Idem* de 1 pouce 1/2 sur 1 pouce au pariétal droit.

Foie volumineux, gorgé de sang; pas de traces de lien au cou ou de tampon dans la bouche.

Conclusion.

1° L'enfant est né vivant, à terme et viable.

2° Il a vécu et respiré complétement.

3° Il porte des traces de violences, qui ont été opérées pendant la vie.

4° Il présente les signes d'une asphyxie par submersion.

5° La mort a été le résultat de l'influence exercée par ces deux genres de cause.
6° Il n'a séjourné que fort peu de temps dans l'eau.

Cet enfant a été trouvé par des égoutiers dans un des égouts d'une rue du quartier du Temple, au voisinage du point inférieur correspondant à l'ouverture de l'égout, là où s'accumulent ordinairement, d'après le rapport des égoutiers, de la paille et des ordures, en sorte qu'il n'est pas tombé sur des pierres, mais bien sur un sol mou. Il y a donc lieu de croire que les lésions ont été opérées avant la chute de l'enfant.

Du reste, le corps de cet enfant était enfermé dans une cravate de soie noire et dans une autre en serge fine ; le paquet n'était pas serré, quoique l'enfant fût replié sur lui-même, car le commissaire de police a observé que lorsque les égoutiers tenaient ce paquet à leurs mains, il y avait un certain vide entre les nœuds par lesquels il était saisi, et le corps de l'enfant.

Cette observation prouve encore que des coups assez violents peuvent être portés dans la tête d'un enfant nouveau-né sans qu'il en résulte une forte commotion, capable de suspendre instantanément la vie. L'état anatomique des os de la tête tend à expliquer ce résultat.

N° 11. *Infanticide. — Asphyxie par défaut d'air. — Enfant enfermé dans un carton et placé sur la rivière.*

Obs. CXVI. — Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, nous nous sommes transportés à la Morgue, le 9 avril 1830, sur la réquisition de M. le procureur du roi, à l'effet de procéder à l'examen du corps d'un enfant nouveau-né retiré de la Seine, à la surface de laquelle il flottait dans un carton.

Enfant nouveau-né, du sexe féminin, fortement constitué, pesant 6 livres 8 onces ; ayant 19 pouces 6 lignes de longueur ; le milieu du corps correspondant à 4 lignes au-dessus du nombril. Tête très volumineuse ; diamètre bi-pariétal, 4 pouces ; occipito-frontal, 5 pouces. — Poitrine développée ; muscles du thorax très prononcés. La peau recouverte de son enduit sébacé autour du col, aux aisselles, aux aines et aux jarrets ; elle est très bien organisée. Les ongles bien développés et bien conformés. — Tout le côté gauche du corps est aplati ; ainsi l'oreille gauche ne forme plus qu'une lame accolée sur le cuir chevelu ; ses replis ont disparu. La joue gauche est déprimée, présente l'empreinte du linge qui enveloppait l'enfant, et le nez est fortement renversé à droite. Le bras du même côté a perdu sa forme arrondie. Tout porte donc à croire que l'enfant était couché sur ce côté après la mort. Dans ces divers points, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané offrent plus de densité. La joue droite et le bras droit présentent une couleur d'un rouge vif, analogue à celle qu'on observe chez les asphyxiés. — L'injection a lieu dans toute l'épaisseur de la peau, ce dont nous nous sommes assurés en l'incisant dans divers points. — Toutes les parties sont assez bien conservées ; cependant il existe quelques traces de putréfaction commençante, caractérisée par l'état du cordon, qui sera décrit plus bas ; par le détachement de l'épiderme sur le tiers gauche de la partie antérieure de l'abdomen, et sur toute la face interne

des cuisses. Les lèvres et le nez participent aussi de cet état, car leur couleur est d'un vert brunâtre, et il s'en écoule une petite quantité d'un liquide rougeâtre légèrement odorant.

Examen particulier de l'ombilic et du cordon. — Le prolongement cutané qui donne naissance au cordon a 8 lignes de longueur; il est mou et plissé longitudinalement, comme cela a lieu chez l'enfant qui vient de naître. L'anneau ne présente aucune trace de cercle inflammatoire; les membranes du cordon adhèrent à son pourtour; l'extrémité libre du cordon est repliée, et comprise dans un lien de gros fil retors double et contourné trois fois pour former une ligature. Cette ligature, appliquée à 1 pouce 1/2 de l'ombilic, embrasse donc une anse formée par l'extrémité libre du cordon; elle n'a vraisemblablement pas été faite par un homme de l'art; car, outre les dispositions dont nous venons de faire mention, le nœud qui les termine n'a aucun rapport avec celui que l'on pratique généralement. Du reste, le cordon est aplati, ne contient pas de gélatine de Warthon; il est en partie putréfié, surtout au voisinage de son insertion à l'ombilic; la section de son extrémité libre n'est pas nette, comme lorsqu'elle a lieu avec des ciseaux bien tranchants.

Tête. — Après avoir fait au cuir chevelu, tapissé de cheveux bruns très longs et très nombreux, une incision cruciale, nous avons trouvé au sommet de la tête cette infiltration séro-sanguinolente qui s'y observe dans tous les accouchements dont la durée est longue; les os, très sains, se touchaient par leurs bords; les fontanelles antérieures et postérieures étaient très petites et gorgées de sang. Il n'existait pas d'épanchement de sang dans les cavités du crâne, non plus que dans l'épaisseur des organes qu'elles renferment. — La bouche, le pharynx, les os de la face, ne présentaient pas de traces de violences ou de blessures quelconques.

Poitrine. — Thymus très volumineux. — Poumons peu développés, ne remplissant pas entièrement les cavités de la poitrine; leur couleur est d'un rouge ardoisé, leur tissu très crépitant dans toute son étendue. — La trachée-artère ne contient ni eau, ni écume. — Le péricarde ne renferme qu'une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent; les cavités droites du cœur sont distendues par du sang qui coule en quantité notable après la section de la veine cave inférieure. — Le trou de Botal et le canal artériel sont très libres; tous les organes sont parfaitement sains. — *Docimasie pulmonaire* Le thymus, le cœur, les poumons, plongés dans l'eau, surnagent. — Les poumons coupés par morceaux et plongés dans l'eau, il n'est pas une seule partie qui ne surnage. — Chaque petit fragment de poumon, comprimé fortement, laisse sortir beaucoup de bulles gazeuses. — Jetés dans l'eau après une expression prolongée, les divers fragments surnagent encore. Le lobe supérieur du poumon gauche, auquel étaient attachés le cœur et les vaisseaux, a pu se maintenir à la surface de l'eau malgré le poids de ces organes, qui ont été immédiatement submergés aussitôt qu'ils en ont été séparés.

Abdomen. — Veine ombilicale et artères non oblitérées; un stylet les travers facilement; elles contiennent encore du sang: foie généralement mou, flasque, sans changement de couleur, excepté à la partie moyenne de son côté droit et un peu en arrière, où il offre une tache noire de quelques lignes de diamètre, appliquée sur un point ramolli dans une étendue de 8 à 10 lignes carrées. Cette portion de substance étant incisée, il s'en écoule du sang fluide; et en prolongeant l'incision à gauche, on voit que le sang s'étend assez profondément dans la substance propre du foie. Le sang ne forme pas un tout homogène avec cette substance, en sorte qu'il peut être le résultat de l'ouverture d'un gros tronc vei-

neux; nous devons cependant dire qu'il nous est impossible de reproduire un phénomène analogue en incisant d'autres points du foie. — L'examen des parois abdominales correspondantes nous donne la certitude qu'il n'y a pas la moindre trace de lésion. — L'estomac, distendu par des gaz, contient une très petite quantité d'un liquide rouge brunâtre. — L'intestin grêle est vide. — Les membres incisés, ainsi que les muscles des gouttières vertébrales, n'offrent pas de traces de blessures ou de violences quelconques; le point d'ossification des cartilages des fémurs est très prononcé.

Des faits ci-dessus énoncés nous concluons :

1° Que l'enfant soumis à notre examen est né à terme;

2° Qu'il est né vivant;

3° Qu'il a respiré.

4° Considérant qu'il ne porte aucune trace de violence ou de blessures qui puissent expliquer la mort; qu'il n'offre pas les caractères qui sont propres à l'asphyxie par submersion; qu'il a été placé sur la Seine dans un carton, après avoir été enveloppé d'un linge très épais et replié sur lui-même; nous sommes portés à penser que la mort pourrait être attribuée à une asphyxie par défaut d'air, dans la supposition où l'enfant aurait été placé vivant dans le carton.

N° 12. *Soupçon d'infanticide.— Enfant du sexe féminin, trouvé dans la Seine auprès du pont d'Asnière. — Emphysème pulmonaire. — Aucune trace de violences. — Respiration à peine sensible.*

Obs. CXVII. — Poids total du fœtus, 4 livres 6 onces. — Longueur totale, 18 pouces 3 lignes. — La moitié du corps correspond à 9 lignes au-dessus de l'ombilic. — Diamètre bi-pariétal, 3 pouces 10 lignes. — Diamètre occipito-frontal, 4 pouces 5 lignes. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 pouces.

La putréfaction a envahi la totalité du cadavre; un développement de gaz donne à toutes les parties, et surtout à la tête et au tronc, une augmentation de volume contre nature. La peau de la tête est d'un vert brunâtre; celle de l'abdomen est d'un vert foncé, marbrée de brun, la couleur verte est assez marquée aux cuisses et aux jambes; l'épiderme est déjà en partie détaché et s'enlève avec une grande facilité. Il existe à la base du nez, au pourtour des yeux, aux plis des aines, des traces évidentes d'enduit sébacé. Les cheveux sont nombreux et châtain foncé, ils ont près d'un pouce de longueur; les ongles, bien formés arrivent à l'extrémité des doigts; l'épiderme des mains, plissé comme par des cataplasmes, se détache très facilement des doigts. Le cordon ombilical a une longueur de 9 pouces 2 lignes, et ne porte pas de ligature. Son extrémité libre est coupée net, comme elle le serait avec un instrument tranchant, il est affaissé et non putréfié. L'anneau ombilical ne présente aucun des phénomènes qui indiquent la chute prochaine du cordon. En incisant le cordon suivant sa longueur, on met à nu les vaisseaux, qui se laissent pénétrer facilement par un stylet.

Sur le côté gauche de la tête, à un pouce environ de l'oreille, il existe une section qui pénètre jusqu'au pariétal gauche, qu'elle met à découvert. Cette section a un pouce et demi de longueur; elle est dirigée

d'avant en arrière; elle a été faite, lors de la levée du cadavre, par le médecin qui en a été chargé. Les téguments du crâne, enlevés avec le plus grand soin, n'ont offert aucune trace d'ecchymose. L'infiltration sanguine, qui se rencontre ordinairement chez le fœtus après un accouchement laborieux, se remarque particulièrement en arrière et à gauche. Les os du crâne ne sont pas fracturés : leur chevauchement n'est pas même prononcé. La substance cérébrale, tout-à-fait ramollie, est de couleur rosée. En disséquant la peau qui recouvre chaque côté de la poitrine, on observe à droite, tout le long des côtes, et au voisinage de leur angle postérieur, dans l'étendue d'un pouce, d'arrière en avant, et de trois pouces de haut en bas, une infiltration séro-sanguinolente dans le tissu cellulaire qui les tapisse. — A l'ouverture de la poitrine, il se dégage une grande quantité de gaz putrides; le péricarde en est distendu. Il contient en outre un peu de sérosité sanguinolente. Le cœur est très volumineux; son tissu emphysémateux; l'oreillette droite contient un caillot assez considérable; le trou de Botal est largement ouvert; le canal artériel n'est nullement oblitéré.

Le cœur, la trachée-artère et les poumons, mis ensemble dans l'eau, surnagent; le cœur surnage aussi à cause de son état emphysémateux; mais après l'avoir exprimé entre les doigts, il gagne aussitôt le fond du liquide. Les deux poumons, mis ensemble dans l'eau, restent à la surface de ce liquide; placés isolément ou coupés par morceaux, chaque morceau surnage. Chaque portion, exprimée entre les doigts, va rapidement au fond de l'eau, excepté ceux de la partie antérieure du poumon gauche, qui vont lentement au fond du liquide.

Abdomen. — La partie qui recouvre le foie est distendue par des gaz; la rate et les reins sont très ramollis. — L'estomac est vide. — Les intestins d'une couleur rosée. Le gros intestin ne contient plus de méconium : il en reste une petite quantité dans le rectum. — Le canal veineux, la veine ombilicale et les artères ombilicales se laissent facilement traverser par un stylet; les parois de ces vaisseaux ne sont pas sensiblement plus épaisses que lors de la naissance. — On n'observe sur le reste de la surface du corps aucune trace de violence, telle que ecchymoses, fractures, etc. Le point osseux de l'épiphyse inférieure du fémur est manifeste.

Des faits énoncés dans ce rapport, nous croyons devoir tirer les conséquences suivantes :

1° Le cadavre soumis à notre examen est celui d'un enfant nouveau-né et à peu près à terme.

2° Tout porte à croire que cet enfant n'a pas respiré, ou que s'il a respiré, ce n'est que pendant quelques instants.

3° Il ne porte aucune trace de violence à laquelle on puisse attribuer la mort.

Cette observation tend à démontrer, contrairement à l'opinion de Mahon et Fodéré, que la respiration peut débuter par le poumon gauche, ainsi que l'a dit Chaussier.

N° 13. *Infanticide par commission. — Tampon dans le pharynx.*

Obs. CXVIII. — Enfant du sexe masculin trouvé sur le quai d'Orsay. — Longueur, 19 pouces; pesant 5 livres 1/2. — Milieu du corps corres-

pondant à six lig. au-dessus de l'ombilic; diamètre bi-pariétal, 4 po. — Occipito-mentonnier, 5 po. 5 lig. — Occipito-frontal, 4 po. — Ongles bien conformés. — Cheveux très abondants, longs et châtains. — Peau bien organisée d'une teinte violacée. — Reste de cordon ombilical de 5 po. 1/2 de longueur, desséché et coupé inégalement à son extrémité libre, qui présente une petite languette de six lignes de longuenr, formée par les membranes du cordon. Aucune trace de violence à l'extérieur. — Au-dessous du cuir chevelu, et en avant, une quantité notable de sang contenant peu de sérosité. — Peau bien organisée, plutôt pâle que violacée. Cheveux très abondants, très longs et châtains. L'anneau ombilical commence à porter des traces très légères d'inflammation du cordon. — Aucune trace de violence ou de contusion à la surface extérieure du corps. Les lèvres sont fortement colorées en rouge par le sang ; il en est de même du pourtour antérieur de la langue et d'une grande partie de la voûte palatine. Le sang semble sortir de toutes ces parties. En écartant les mâchoires, on aperçoit un morceau de linge dans l'arrière-bouche ; c'est un tampon de 2 pouces de longueur que l'on a peine à extraire, tant il est enfoncé dans le pharynx ; il est sanguinolent dans la partie libre qui est contenue dans la bouche, et blanc dans la portion engagée et comprimée dans le pharynx; cette portion blanche a 1 po. 1/2 de longueur ; les parties molles du palais, en contact avec elle, sont très amincies ; la partie correspondante du pharynx est blanche, non excoriée ; le larynx et la trachée sont dans l'état naturel.

Tête. — Tumeur séro-sanguinolente à son sommet, résultant probablement de l'accouchement ; cerveau sain ; aucun épanchement à l'intérieur du crâne.

Poitrine. — Pas de sérosité ; poumons volumineux, d'une teinte rosée, injectés de sang ; vésicules pulmonaires très bien développées ; les vaisseaux qui partent du cœur contiennent une quantité assez notable de sang ; le cœur n'est pourtant pas plein de ce fluide ; canal artériel très libre ; trou de Botal très large.

Docimasie. — Poumons, thymus, cœur, plongés ensemble dans l'eau, surnagent ; poumons seuls, *idem ;* coupés par morceaux, *idem ;* comprimés par fragment, *idem.* Le cœur n'offrait aucune trace d'emphysème ; d'ailleurs le sujet n'était pas putréfié. Méconium remplissant le gros intestin tout entier ; vessie pleine ; artères et veines ombilicales libres ; foie, rate, reins, très sains ; rien dans l'estomac. Points osseux des extrémités inférieures des fémurs.

Conclusion.

1° L'enfant est venu à terme et vivant ;

2° Il a respiré complétement ;

3° Sa mort nous paraît devoir être attribuée à la présence du tampon introduit dans le pharynx ; il a déterminé l'asphyxie.

N° 14. *Infanticide. — Déchirure du cordon. — Fractures du crâne.*

Obs. CXIX. — Le 7 septembre 1838, en vertu d'une ordonnance de M. Hély d'Oissel, substitut de M. le procureur du roi, qui nous commet à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant trouvé dans l'allée d'une maison rue des Prêtres-Saint-Paul, de

déterminer les causes de la mort, et s'il existe quelques indices de crime, nous avons procédé à cette opération dont nous consignons ci-après les résultats.

Enfant du sexe masculin pesant 1850 grammes (3 livres 13 onces environ; long de 49 centimètres 1/2 (17 pouces 9 lignes); le milieu du corps répondant à 8 lignes au-dessus du nombril. A l'ombilic est attachée une portion de cordon frais, vrillé, ayant pouces 9 lignes de longueur; son extrémité libre est *déchirée et terminée par un lambeau très aigu*; les vaisseaux sont rétractés jusq 'à 2 pouces du nombril, et là se trouve épanchée une petite quant té de sang presque coagulé. Les bords de la déchirure du cordon sont inégaux.

Diamètre de la tête. — Bi-pariétal, 8 centimèt. 1/2 (3 pouces 3 lig.); occipito-frontal, 11 centimèt. 1/4 (4 pouces 5 lig.); occipito-mentonnier, 13 centimètres (14 pouces 9 lignes ; pas de traces de point osseux dans le fibro-cartilage de l'extrémité inférieure de chaque fémur; la peau bien organisée; quelques traces d'enduit sébacé aux aines et aux plis des jarrets; les ongles atteignent, mais ne dépassent pas l'extrémité des doigts.

Tête. — Une ecchymose de 2 pouces 1/2 de diamètre sur le côté gauche de la tête; elle est formée par du *sang noir et coagulé.* En arrière, traces de l'infiltration séro-sanguinolente, qui coïncide souvent avec les accouchements des femmes primipares; sous l'ecchymose que nous venons de mentionner, on voit une déchirure du périoste de 6 lignes de longueur; elle est placée le long d'une *fracture* de 2 pouces de longueur, qui paraît avoir son point de départ à la bosse pariétale, où elle se contourne en avant et inférieurement, tandis qu'elle se prolonge par son autre extrémité jusqu'au bord supérieur de l'os, en suivant la direction de ses fibres. Une seconde fracture d'un pouce 1/2 de longueur part du même point, et se dirige obliquement en avant et en haut, de manière à figurer avec la précédente une sorte de V. La surface extérieure du cerveau est fortement colorée en rose rouge, mais il n'existe pas de sang épanché. La dure-mère est décollée dans les points correspondants aux fractures. Pas de tampon dans la bouche; pas de traces de lien au cou.

Les poumons volumineux sont rosés, emphysémateux; leurs cellules sont toutes remplies d'air; ils surnagent, soit en totalité, soit par petits fragments, et la respiration a été tellement complète que ces fragments projetés dans l'eau n'y pénètrent même pas. Chaque petit fragment comprimé au point de désorganiser, le tissu laisse échapper un grand nombre de bulles gazeuses très divisées, et revient ensuite rapidement à la surface.

Le méconium remplit le gros intestin.

Les autres organes sont dans l'état normal.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen est né au terme de huit mois au moins; il est né vivant et viable.

2° Il a vécu et complétement respiré.

3° Sa mort a été le résultat de deux fractures du crâne dont nous avons signalé l'existence; fractures qui ont entraîné une commotion du cerveau.

4° Ces fractures nous paraissent avoir été le résultat, soit d'un choc violent, soit d'une forte pression, sans qu'on puisse rattacher ces deux espèces de causes au fait d'un accouchement;

3° L'absence de ligature du cordon ombilical, la certitude acquise que le cordon a été arraché et non coupé, et la présence des fractures, élèvent les plus graves soupçons sur l'existence d'un infanticide.

N° 15. *Infanticide. — Ecchymoses et fractures du crâne.*

Obs. CXX. — Le 7 mai 1838, en vertu d'une ordonnance de M. Casenave, juge d'instruction, qui nous commet à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant exhumé du cimetière de la Chapelle Saint Denis et déposé à la Morgue, de déterminer s'il est né vivant et viable, s'il a vécu, s'il porte des traces de violences auxquelles on puisse rattacher la mort et qui puissent être regardées comme le résultat d'un crime, ou si au contraire la mort est survenue naturellement, nous nous sommes réunis à la Morgue.

Enfant du sexe féminin, pesant 5 livres 1/2; long de 18 pouces; diamètre occipito-frontal, 4 pouces 3 lignes; occipito-mentonnier, 5 pouces 3 lignes; bipariétal, 3 pouces 3 lignes; le milieu du corps répondant à 3 lignes au-dessus du nombril; les cheveux bruns et ayant au moins 1 pouce de longueur; les ongles larges et bien conformés, dépassant l'extrémité des doigts; la peau bien organisée, encore recouverte d'enduit sébacé au pli des aines; un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur.

A l'ombilic, une portion de cordon de 4 lignes de longueur; elle porte une ligature faite avec plusieurs fils; elle a déjà subi un commencement de dessiccation.

Tête. — Sous le cuir chevelu et dans les deux tiers de l'étendue postérieure de la tête une large ecchymose formée par du sang noir coagulé; en avant de la tête, sur la bosse frontale droite, deux ecchymoses plus petites; elles n'ont que quelques lignes de largeur; une autre de même étendue à la racine du nez.

Au pariétal gauche, à partir de la bosse pariétale jusqu'à la section sagittale, une fracture longitudinale de 2 pouces et quelques lignes d'étendue; du sang épanché à la surface de l'hémisphère droite du cerveau, ainsi qu'à la base du crâne; infiltration séro-sanguinolente dans la bouche, l'œsophage et l'estomac; une quantité notable de lait caillé dans ce dernier organe; la plus grande partie du méconium encore contenu dans le gros intestin.

Les poumons volumineux, rosés, injectés de sang; toutes les vésicules distendues par de l'air dans tous les points de ces organes.

Ils surnagent dans l'eau non seulement quand ils y sont placés entiers, mais encore quand ils sont coupés par fragments, et après que ces petits fragments ont été fortement comprimés entre les doigts. Il s'échappe par leur compression une grande quantité de petites bulles d'air mêlé à du sang.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen est né à terme, vivant et viable.

2° Il a vécu, et la respiration s'est complétement opérée dans la totalité des poumons.

3° La mort a été le résultat de la fracture du crâne que nous avons décrite

4° Cette fracture nous paraît avoir été la conséquence d'une forte compression de la tête avec les mains, ou de ce que saisissant l'enfant par les pieds on l'aurait lancé contre un corps résistant d'une large surface, tel qu'un mur ou tout autre corps dur.

N° 16. *Infanticide par commission. — Cinq contusions au cuir chevelu et une fracture au pariétal.*

Obs. CXXI. — Le 8 juillet 1834, nous avons procédé à l'examen d'un enfant nouveau-né, trouvé sur le quai de la Mégisserie, dans l'allée d'une maison. (Cet enfant avait été placé dans un grand sac.)

Enfant du sexe féminin, ayant 19 pouces de longueur; la moitié du corps correspond à 6 lignes au-dessus de l'ombilic; diamètre bi-pariétal, 3 pouces 5 lignes.—Occipito-frontal, 4 pouces 1/2. — Occipito-mentonnier, 5 pouces. — Peau parfaitement organisée. — Ongles dépassant l'extrémité des doigts. — Conformation généralement bonne. — Une portion de cordon, de 14 pouces de longueur, est encore attachée à l'ombilic; elle ne porte pas de ligature; elle est desséchée de l'extérieur à l'intérieur, et par conséquent cette dessiccation a probablement eu lieu à l'air.—L'ombilic ne présente aucun des phénomènes qui annoncent la chute prochaine du cordon; la texture de la peau est dessinée d'une manière très marquée d'avec les membranes du cordon; celui-ci paraît coupé inégalement, sans pouvoir toutefois préciser les dispositions de cette section, à cause de la dessiccation. — Il s'écoule du nez de la sérosité jaunâtre. — On n'observe pas à l'extérieur du corps de trace de violences; il existe au cou une trace verdâtre qui dénote un commencement de putréfaction; les bourses sont plus volumineuses que de coutume, et d'un rouge vif, ainsi que cela a lieu lorsque la putréfaction gazeuse commence à se manifester.

Tête. — Cheveux d'un blond foncé, dont quelques uns ont plus d'un pouce de longueur; aucune apparence extérieure de contusion. — Le cuir chevelu incisé circulairement et détaché des os, on aperçoit plusieurs points du tissu cellulaire ecchymosé, contenant un sang épais, mais non coagulé; *l'une des ecchymoses* a son siége sur le centre de la portion gauche de l'os frontal; sa largeur est d'un pouce environ; on trouve les os sains dans cet endroit, et le périoste n'est pas décollé. — *Une seconde ecchymose* se fait remarquer sur le pariétal gauche; elle est un peu plus petite que la première; *une troisième* est située sur le pariétal droit, dont elle occupe presque toute l'étendue; en enlevant le sang qui la constitue, on aperçoit le périoste offrant une teinte bleuâtre; il est soulevé et détaché de l'os, au voisinage de la bosse pariétale, et en arrière d'elle; en l'incisant, il s'en écoule un sang épais; en relevant les lambeaux dans toute l'étendue du décollement, de manière à mettre l'os à nu, on aperçoit une solution de continuité qui, partant de l'angle postérieur et supérieur de cet os, s'étend obliquement à la bosse pariétale, où elle se termine en se contournant un peu en bas et en arrière; à l'intérieur, la dure-mère est décollée; dans le voisinage de cette fracture, il existe aussi du sang épanché entre l'os et cette membrane. *Une quatrième ecchymose* ou infiltration sanguine existe en arrière de la tête; mais le sang y est plus séreux, et il nous est impossible de déterminer d'une manière certaine si cette ecchymose ne serait pas l'effet de la pression exercée sur le détroit inférieur du bassin, pendant que la tête de l'enfant y était engagée. Enfin, *une cinquième infiltration sanguine* est située au voisinage de l'oreille gauche, sur la partie latérale gauche et inférieure de l'occipital, et dans ce point, le périoste est décollé dans une étendue de 6 à 8 lignes de diamètre. Ces diverses ecchymoses sont, en général, très isolées par un tissu cellulaire blanc qui dessine leur circonférence. — Aucun épanchement à l'intérieur du crâne; vais-

seaux méningiens gorgés de sang. — Yeux, nez, bouche, ouvertures nasales dans l'état normal; aucun corps étranger dans la bouche; pas d'ecchymoses au col, non plus que de traces de pression exercée par un lien ou tout autre agent; vaisseaux veineux du col gorgés de sang. — Trachée-artère contenant un peu de mucosité jaunâtre, pareille à celle qui s'écoule du nez. — Poumons violacés; le bord antérieur du poumon droit recouvre le péricarde; le poumon gauche, enfoncé dans la poitrine, est renversé en dehors; le cœur volumineux; les cavités droites gorgées de sang, ainsi que les gros troncs veineux qui s'y rendent; trou de Botal ouvert; canal artériel très libre; thymus très volumineux.

Examen des poumons.—Les poumons, le cœur, le thymus et les principaux vaisseaux, plongés dans l'eau, vont au fond du liquide. — Le cœur et le thymus surnagent. — Le poumon gauche va au fond de l'eau, mais une petite portion de son bord antérieur surnage malgré la pression qu'on lui fait subir entre les doigts. — Le poumon droit surnage de la même manière, en sorte qu'il semble retenu à la surface de l'eau par son bord antérieur. — De ces deux lobes, l'inférieur va au fond de l'eau, et le supérieur surnage. — En le coupant par morceaux, trois portions de 6 à 8 lignes de diamètre en tous sens, surnagent malgré la pression qu'on leur fait subir; et quand on les comprime, on en expulse une infinité de petites bulles très divisées qui s'échappent avec du sang du tissu des poumons; ces parties correspondent aux portions sur lesquelles les vésicules pulmonaires étaient évidentes; du reste, le tissu pulmonaire contient beaucoup de sang. — La couleur des poumons est d'un brun violacé; en examinant avec soin la surface de cet organe, on voit que dans la plus grande partie de leur étendue, ils sont formés par des lobules charnus; les deux poumons présentaient très évidemment, dans leur partie antérieure, une série de petites vésicules dilatées par de l'air, et à la surface desquelles se ramifiaient des vaisseaux sanguins.

Examen du ventre. — L'estomac contient encore les mucosités qu'il renferme chez un enfant naissant. — Le méconium remplit la fin du gros intestin; la vessie contient de l'urine.—Le foie sain, gorgé de sang ainsi que la rate. — Un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure des fémurs.

Des faits ci-dessus énoncés, nous croyons devoir conclure :

1° Que le corps soumis à notre examen est celui d'un enfant à terme et né vivant ;

2° Que cet enfant a respiré pendant peu de temps ;

3° Qu'il n'a pas péri d'hémorrhagie ;

4° Que les traces de violences observées à la tête ont été faites pendant la vie ;

5° Que la mort paraît avoir été le résultat de la commotion ou de la compression du cerveau qui ont dû être la conséquence des lésions de la tête.

N° 17. *Infanticide. — Fractures du crâne, déchirure du foie. — Enfant jeté vivant sur les glaces de la Seine.*

Obs. CXXII. — Nous soussignés, docteurs, etc., nous nous sommes transportés à la Morgue le 2 janvier 1830, sur la réquisition de M. le commissaire de police du quartier de la Cité, à l'effet de procéder à

l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant trouvé sur les glaces de la Seine, sous le pont Notre-Dame, et apporté à cet établissement le 31 décembre 1829.

Examen extérieur. — Enfant du sexe féminin, ayant 19 pouces de long et pesant 6 liv. 1 once; présentant encore, inséré à l'ombilic, un cordon de 5 pouces de longueur en partie desséché extérieurement par son exposition à l'air, qui a eu lieu depuis deux jours. Son insertion à l'ombilic ne présente aucun des signes qui dénotent un commencement de travail préparatoire à sa chute; il n'existe pas de ligature sur la longueur. Il offre, au lieu d'être coupé net, quelques hachures et quelques petits lambeaux des membranes du cordon; un des vaisseaux, la veine ombilicale, dépasse même son extrémité de quelques lignes. On n'observe pas d'oblitération dans les artères ni dans la veine ombilicale; loin de là, un peu de sang s'écoule de la section de ces vaisseaux. Ce cordon paraît avoir été pourvu d une quantité assez considérable de gélatine de Warthon, et avoir appartenu à la classe de ceux que l'on nomme gras. La peau est complétement organisée, recouverte de duvet; les ongles dépassent l'extrémité des doigts; il existe dans le creux des aisselles, aux plis des aines, aux jarrets, des traces de l'enduit sébacé dont elle était recouverte. La couleur de la peau est généralement rosée; dans plusieurs points tels qu'aux plis du col, du dos, et à la partie interne des cuisses, elle est d'un rouge vif. On observe à la partie antérieure de la jambe gauche, ainsi qu'en dehors de la cuisse, du même côté, des traces d'écorchures analogues à celles que produit un frottement contre un corps dur. Un peu de sang s'est écoulé par le nez et le conduit auditif externe. La bouche et les lèvres ne présentent rien de remarquable; les paupières sont très libres.

Examen particulier de la tête. — Sa conformation générale est ordinaire. Le diamètre bi-pariétal a 3 pouces; l'occipito frontal a 4 pouces 2 lignes; l'occipito-mentonnier 5 pouces. Le cuir chevelu présente une grande quantité de cheveux blond foncé qui ont au moins 1 pouce de longueur. Les os du crâne se touchent par leurs bords; les fontanelles antérieure et postérieure ont les dimensions d'un fœtus à terme.

On observe sur le côté gauche de la tête, en haut et au-devant de la région temporale, une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau. On ne retrouve pas cette tumeur du sommet de la tête que présentent le plus souvent les enfants à la suite d'un accouchement laborieux. Le cuir chevelu fendu largement, on aperçoit une ecchymose occupant la moitié supérieure de la surface du pariétal; une fracture existe à cet os; elle s'étend de son angle postérieur et supérieur jusqu'à la bosse qui en occupe le centre, et se reporte en arrière vers l'angle inférieur et postérieur; en sorte que le pariétal est composé de deux portions: l'une, postérieure triangulaire, vient s'enchâsser par un angle saillant dans l'angle rentrant de la portion antérieure. Le bord antérieur du pariétal est détaché du coronal par la rupture du périoste qui unit les deux os; la substance cérébrale a passé à travers l'écartement qu'ils laissent entre eux, et est venue former sous le cuir chevelu décollé cette tumeur molle et fluctuante que l'on apercevait à l'extérieur. En avant du front, se remarque une petite ecchymose d'un pouce de diamètre environ. Le pariétal gauche enlevé, on n'observe pas d'épanchement à l'extérieur de la dure-mère; mais cette membrane offre une déchirure dans toute l'étendue du bord pariétal gauche correspondant à la séparation des deux os. Une coloration sanguine d'un rouge foncé existe dans toute l'étendue de la surface du cerveau, et pénètre même jusque

dans ses circonvolutions; elle est plus prononcée en arrière et autour du cervelet qu'en avant; elle paraît être formée par du sang. Tous les vaisseaux sont gorgés de sang; ceux de la substance cérébrale sont fort injectés. La base du crâne est saine.

Col. — Les vaisseaux veineux contiennent beaucoup de sang. La peau et les muscles qui l'environnent sont sains; le thymus est très développé; le péricarde renferme un peu de sérosité limpide; le canal artériel et le trou de Botal sont ouverts; les poumons ne remplissent pas entièrement la cavité de la poitrine, principalement à gauche; le cœur n'est pas recouvert par eux; leur couleur est généralement violacée, mais en avant et à droite cette teinte est beaucoup moins intense; elle se rapproche du rouge vif, détachés de la poitrine, avec la langue, l'œsophage, la trachée, le cœur et ses vaisseaux, et plongés dans l'eau, ils surnagent: isolés de la trachée, du cœur, des vaisseaux ils restent à la surface de l'eau; coupés par morceaux, exprimés et serrés fortement pour chasser l'air qu'ils renferment, ils surnagent encore très bien. Le même résultat a lieu quand on répète cette expérience dans l'eau chaude. Le poids des poumons isolés était de 1 once 5 gros 1/2. Le diaphragme est très sain.

Abdomen. — A l'ouverture de ses parois, on aperçoit un sang très noir, très épais, en partie liquide, en partie coagulé. Les intestins en sont fortement colorés. Le lobe gauche du foie offre plusieurs déchirures profondes; une partie du lobe droit présente une déchirure analogue; sa substance est réduite en bouillie, et cette altération est tellement marquée, qu'il se détache de cet organe plusieurs petits lambeaux. Les veines et les artères ombilicales sont saines et non oblitérées. La vessie est vide; l'intestin grêle ramassé sur lui-même; le gros intestin distendu par une grande quantité de méconium. Le reste des organes est dans l'état sain. Il n'existe aucune ecchymose dans l'épaisseur des membres, non plus qu'au voisinage de la colonne vertébrale. Le système musculaire est très développé, le point osseux des cartilages des fémurs très prononcé.

Conclusion.

1° Le cadavre soumis à notre examen est celui d'un fœtus à terme nouvellement né et bien conformé.

2° L'enfant est né vivant et la respiration a eu lieu.

3° Les blessures observées à la tête et dans les parties ci-dessus dénommées, paraissent avoir été faites du vivant du sujet.

4° Tout porte à croire qu'elles ont été assez graves pour déterminer instantanément la mort, et qu'elles sont le résultat de la chute de l'enfant vivant, sur les glaces de la Seine.

N° 18. *Infanticide probable par commission et par omission sur un enfant de six mois qui n'a pas respiré.*

Obs. CXXIII. — Le 11 novembre 1838, en vertu d'une ordonnance de M. Hély-d'Oissel, substitut de M. le procureur du roi, qui nous commet à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant trouvé dans l'escalier du n° 1, rue de Richelieu; de déterminer s'il est né vivant et viable, s'il a vécu, s'il porte quelques traces de violences qui puissent faire supposer l'existence d'un infanticide ou d'un avortement provoqué, nous nous sommes livré à cette opération à la Morgue, et nous consignons ci-après le résultat de nos recherches.

Enfant du sexe masculin, ayant 12 pouces 6 lignes de longueur; le milieu du corps répondant à 8 lignes au-dessus du nombril; pesant 1 livre 6 onces; à l'ombilic, une portion de cordon de 3 pouces de long; son extrémité libre présente une section nette qui a probablement été opérée avec des ciseaux.

Diamètre de la tête. — Bipariétal, 2 pouces 2 lignes; occipito-frontal, 2 pouces 9 livres; occipito mentonnier, 3 pouces 1/2; peu ou point d'ossification au centre des cartilages de l'extrémité inférieure des fémurs; la peau assez bien organisée; les ongles petits, n'atteignant pas l'extrémité des doigts; quelques cheveux rares et courts.

La peau et la plupart des organes sont très pâles, évidemment décolorés; cet état est surtout sensible à l'égard des poumons et du cœur.

Sur la peau de l'abdomen existent plusieurs caillots de sang coagulé, qui paraît provenir de l'écoulement sanguin qui a dû avoir lieu après la section du cordon; dans l'épaisseur du cuir chevelu et immédiatement au-dessous de lui, dans un point correspondant au centre du pariétal droit, existe une ecchymose formée par du sang noir coagulé, dans une étendue d'un pouce en tous sens; au-dessous de cette ecchymose sous-cutanée et dans le tissu cellulaire qui tapisse les os, on voit une série de petites ecchymoses ponctuées et limitées.

En arrière de la tête se trouve de la sérosité sanguinolente, qui occupe principalement le côté gauche du crâne au voisinage de l'os occipital.

Pas de tampon dans la bouche, pas de traces de lien au cou; aucune fracture aux os du crâne; aucun épanchement sanguin dans l'intérieur de cette cavité.

Les poumons pâles, décolorés, petits, enfoncés dans la cavité de la poitrine.

Plongés dans l'eau, soit en totalité, soit par fragments, ils vont au fond de ce liquide; leur tissu est parfaitement sain.

Les gros vaisseaux et le cœur contiennent fort peu de sang; le foie est peu coloré.

Le méconium remplit l'intestin grêle.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen était arrivé au terme de six mois et demi à sept mois de conception.

2° Il est né vivant, mais il n'a pas respiré.

3° L'existence d'une contusion au côté droit de la tête tend à établir que des violences ont été exercées sur lui, ou qu'il est tombé sur un corps résistant, et d'une certaine hauteur.

4° La décoloration des organes, l'existence de caillots sanguins sur l'abdomen, nous portent à penser que la ligature du cordon n'a pas été opérée immédiatement après la naissance, et que l'enfant a dû perdre une certaine quantité de sang par les vaisseaux ombilicaux. C'est, du reste, ce que vient appuyer un ruban ensanglanté qui nous a été représenté et qui était fixé à la portion du cordon ombilical de l'enfant.

Ce ruban a 10 pouces de longueur et 8 lignes de largeur; il est en fil très serré; il est neuf, et par conséquent d'un tissu très ferme; il offre vers le milieu de sa longueur une anse à nœud simple; si cette anse n'a pas été défaite, elle nous paraît beaucoup trop large pour avoir pu exercer une constriction suffisante sur le cordon de l'enfant.

Ce 11 novembre 1838.

Nous n'avons pas cru devoir ranger ce troisième fait à côté de ceux que nous avons cités pour démontrer que l'infanticide peut être commis sur un enfant qui n'a pas respiré, attendu qu'ici les traces de violences n'étaient pas tellement tranchées, que nous dussions être à l'abri de toute espèce de doute à cet égard.

N° 19. *Infanticide par strangulation.*

Obs. CXXIV. — Le 10 juillet 1838, en vertu d'une ordonnance de M. Casenave, juge d'instruction, qui nous commet à l'effet de procéder à un nouvel examen et à l'ouverture plus complète du corps d'un enfant nouveau-né, trouvé sur la voie publique dans le quartier du faubourg Saint-Denis; de déterminer s'il est né à terme et vivant; s'il a vécu; s'il présente quelques traces ou indices de violences qui puissent faire élever des soupçons sur l'existence d'un infanticide. Nous avons exécuté ces diverses opérations à la Morgue, et nous en consignons ci-après les résultats.

Enfant du sexe masculin, pesant 5 livres et demie, ayant 19 pouces 10 lignes de longueur; le milieu du corps répond à 8 lignes au-dessus du nombril. Diamètre bi-pariétal, 3 pouces 5 lignes; occipito-frontal, 4 pouces 6 lignes; occipito-mentonnier, 5 pouces 5 lignes. Cheveux bruns de près de 1 pouce de longueur; ongles bien conformés et dépassant l'extrémité des doigts; peau bien organisée; un point d'ossification dans le fibro-cartilage qui termine l'extrémité inférieure de chaque fémur.

Méconium remplissant la fin du gros intestin; mucosités dans l'estomac.

Pas de traces de la bosse sanguine qui accompagne les accouchements laborieux.

Les sinus de la dure-mère assez gorgés de sang; l'arachnoïde et la pie-mère fort injectées; les os du crâne sans fractures; pas d'ecchymoses sous le cuir chevelu.

Autour du cou et à sa partie supérieure, un sillon de 2 lignes de largeur environ existant dans toute la circonférence de cette région. Il est assez profond et il dénote une pression circulaire par un lien, pression opérée avec force et pendant un certain temps. La peau du sillon n'est pas injectée; les lèvres du sillon ne sont pas rosées. On ne trouve pas sous la peau d'ecchymoses. L'excoriation de la peau au voisinage du larynx que l'on a signalée dans un précédent rapport, a probablement été détruite par quelques sections et excisions pratiquées sur le cou. Telle est, du reste, la situation précise de ce sillon, qu'en avant il correspond à la partie la plus élevée du larynx, longe le pli de flexion de la tête, et se porte en arrière directement à 8 lignes au-dessous de la racine des cheveux.

Pas de fracture au larynx.

Du sang dans la bouche, le pharynx et la trachée-artère.

Les poumons volumineux, crépitants, remplis d'air dans toute l'étendue de leur tissu, qui est rosé et injecté tant à la surface que dans l'intérieur de ces organes.

Plongés dans l'eau, ils surnagent.

Coupés par fragments, ces fragments surnagent.

Chaque fragment, comprimé sous l'eau, laisse échapper des milliers de bulles gazeuses et du sang, puis surnage encore.

La cavité du cœur renfermant peu de sang; mais comme le poumon droit a déjà été séparé, le sang du cœur a pu s'en écouler.

Toutes ces opérations et recherches ont pu être opérées, attendu que le corps de cet enfant était resté en entier après la première autopsie, et qu'on s'était borné à ouvrir le côté droit de la poitrine pour en retirer le poumon, que l'on a remis en place après un examen superficiel.

Enfin à l'ombilic existe une portion de cordon de 8 pouces 1/2 de longueur; son extrémité libre a été coupée nette au moyen de ciseaux. Il n'y existe pas de ligature.

Le corps de l'enfant n'est pas flétri, décoloré, comme cela arrive à la suite d'hémorrhagie par défaut de ligature du cordon.

Conclusion.

1° Le corps soumis à notre examen est celui d'un enfant à terme.
2° Il est né vivant.
3° Il a vécu, et la respiration s'est opérée dans la totalité des poumons.
4° L'existence d'un sillon autour du cou coïncidant avec l'injection considérable des vaisseaux des membranes du cerveau et avec du sang dans la bouche et dans la trachée-artère, tendent à établir les plus fortes présomptions sur un infanticide par strangulation.

N° 20. *Infanticide par strangulation, puis chute d'un lieu élevé.*

Obs. CXXV. — Le 12 mars 1839, en vertu d'une ordonnance de M. Croissant, substitut de M. le procureur du roi, qui nous commet à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant trouvé au bas d'une des piles du pont de Saint-Cloud, à terre, sur le sol non couvert d'eau, et de déterminer les causes de la mort, si cet enfant est né vivant et viable; s'il a vécu et s'il présente des traces ou indices de violences qui puissent faire élever des soupçons de crime, nous nous sommes livré à ces opérations à la Morgue, et nous en consignons ci-après les résultats.

Enfant du sexe masculin, très fort, très bien constitué, pesant 2 kilog. 378 grammes (5 livres 13 onces); long de 52 centimètres. Le milieu du corps répondant à 8 lignes au-dessus du nombril.

Diamètre de la tête. — Bi-pariétal, 8 centim. 5 millimètr. (3 pouces 2 lignes); occipito-frontal, 11 centim. 5 millim. (4 pouces 3 lignes); occipito-mentonnier, 13 centim. 5 millim. (5 pouces); la peau très bien organisée, assez injectée; les ongles dépassant l'extrémité des doigts; un point osseux très développé au centre du cartilage qui termine l'extrémité inférieure de chaque fémur.

A l'ombilic, une portion de cordon de 8 pouces de longueur; elle ne porte pas de ligature. Son extrémité libre est coupée nette comme avec des ciseaux.

Du sang s'écoule de la *bouche*, du *nez* et des *oreilles*.

Autour du cou, l'empreinte d'un lien représentée par un sillon circulaire de 2 lignes de largeur, sans ecchymose, se déviant brusquement sur le côté gauche du cou et en avant pour se relever, et là existe une empreinte noirâtre comme si un nœud avait existé dans ce point. Toutefois cette coloration formée par du sang qui a injecté le tissu de la peau, ne s'étend pas au tissu cellulaire sous-cutané.

Au côté gauche de la tête, vers la bosse pariétale, un épanchement de sang qui a soulevé le périoste, et sous lequel se trouve une fracture de l'os pariétal, représentant deux lignes qui viendraient se réunir à angle droit au centre de cet os; en sorte qu'une portion de la fracture est verticale et l'autre parallèle à l'axe antéro-postérieur de la tête. — Un second épanchement sanguin est situé sous le périoste qui tapisse la partie gauche de l'os frontal; mais il n'existe pas de fracture dans ce point.

Pas d'épanchement sanguin dans l'intérieur du crâne; le cervelet fortement injecté.

Ecume sanguinolente remplissant la trachée-artère; les poumons gorgés de sang; les cavités du cœur remplies par ce fluide.

Les poumons plongés dans l'eau, soit en totalité, soit par fragments, surnagent; chaque fragment comprimé sous l'eau laisse échapper un nombre considérable de bulles d'air mêlées de sang, et surnage même après la compression.

Une grande quantité de sang dans la cavité abdominale; plusieurs déchirures à la face inférieure du foie, au voisinage de la vésicule du fiel.

Le méconium remplit le gros intestin.

L'estomac contient des mucosités.

Conclusion.

1° L'enfant soumis à notre examen est né à terme, vivant et viable;

2° Il a vécu et complétement respiré;

3° L'existence de l'écume sanguinolente dans la trachée-artère coïncidant avec l'état des poumons; la coloration de la peau et l'empreinte d'un lien appliqué autour du cou, démontrent qu'une strangulation a été opérée pendant la vie. Les lésions signalées, tant à la tête que dans le ventre, prouveraient qu'il a été jeté sur le sol d'une certaine hauteur, alors que la vie n'était pas complétement éteinte.

Ces violences, et surtout celles de la tête, pourraient encore être expliquées, dans la supposition où on aurait frappé l'enfant contre un corps très résistant; mais la première explication nous paraît la plus probable.

Ce cas est fort remarquable; on peut y suivre pour ainsi dire l'assassin dans l'accomplissement de son crime.

N° 21. *Présomption d'infanticide par commission. — Application d'un lien autour du cou.*

Obs. CXXVI. — Un enfant trouvé près d'une borne de la rue de l'Éperon, est envoyé à la Morgue par le commissaire du quartier.

La tête très développée, d'un rouge brunâtre et verdâtre; l'épiderme du cuir chevelu détaché dans la région du front et dans toute l'étendue de la moitié gauche de la tête; parties molles qui avoisinent l'os maxillaire tombant en déliquium; coloration en brun rougeâtre de la peau de la poitrine et de l'abdomen; développement de gaz dans ces deux parties; épiderme desséché dans toute la région antérieure du tronc et dans une partie du dos; verges et bourses beaucoup plus putréfiées que le reste; membres thoraciques et abdominaux non putréfiés. Longueur du corps. 18 pouces 5 lignes. — Poids, 4 livres 3 onces 2 gros 1/2. — Diamètre bi-pariétal de la tête, 3 pouces 3 lignes. — Occipito-

frontal, 3 pouces 3 lignes. — Occipito-mentonnier, 5 pouces. — Ombilic attaché à 1 pouce au-dessous de la moitié du corps; pas de cordon ombilical; l'ombilic fait seulement une légère saillie, comme cela a lieu au moment de la naissance; on trouve à son sommet une ouverture qui, déplissée, a environ 4 à 5 lignes de diamètre; on y voit flottants les débris des membranes du cordon en partie putréfiés, et des portions de vaisseaux non oblitérés; il existe des cheveux nombreux ayant plus d'un pouce de longueur.—Ouvertures naturelles bien libres; un lien autour du cou, semblable aux cordons que l'on met aux tabliers de cuisine (2 pieds 6 lignes de longueur, sur 10 lignes de largeur), passé trois fois autour du cou et noué avec une rosette simple; enlevé, on voit le cou réduit à un diamètre de 13 lignes transversalement, et de 15 lignes dans son diamètre antéro-postérieur.—La peau du cou est rosée; elle est dépourvue d'épiderme; sa surface chagrinée porte l'empreinte du cordon qui l'enveloppe; le tissu cellulaire sous-cutané est serré, consistant, comme lorsqu'il a été fortement comprimé au-dessus et au-dessous du lien; la peau forme plusieurs bourrelets, dus en partie à la pression du lien, et partie au développement du gaz résultant de la putréfaction. — *Il n'existe pas de traces d'ecchymoses soit superficiellement, soit profondément.* Enduit sébacé à la partie postérieure des cuisses et des fesses, et sous les aisselles. — Aucune fracture le long des membres; un point osseux à l'extrémité inférieure de chaque fémur, dans l'épaisseur de leur cartilage. — Le tissu cellulaire sous-cutané, du cuir chevelu est infiltré de sérosité sanguinolente dans toute la partie supérieure de la tête, comme cela a lieu dans les accouchements où le travail est assez long et où l'enfant présente le sommet de cette partie. — Substance cérébrale réduite à une matière homogène, rougeâtre, épaisse. — Pas de trace de fracture aux os du crâne; ils se touchent par leurs bouts. — Os maxillaire inférieur divisé en deux portions à l'endroit de la symphyse du menton, mais sans aucune fracture; la tête généralement volumineuse; les parties molles du thorax développées par des gaz qui ont principalement leur siége dans le tissu cellulaire qui sépare les grands et les petits pectoraux; les muscles de ces parties ne sont pas putréfiés.

Poitrine.—Les poumons ne remplissent pas cette cavité; leur tissu plus mou que de coutume est un peu crépitant; leur couleur d'un rose violacé et marbré; ils paraissent très sains. — Thymus médiocrement développé.—Trou de Botal et canal artériel non oblitérés; des gaz dans les cavités des plèvres et dans celles du cœur.—Poumons, cœur, thymus, une partie de l'œsophage et de l'aorte, plongés dans l'eau froide, surnagent.— Dans l'eau à 60°, ils surnagent encore. — Séparés du cœur et du thymus, ils surnagent isolément. — Ils surnagent coupés par morceaux. — Chaque morceau fortement comprimé surnage. — Foie peu volumineux, verdâtre, mou.— Estomac ne contenant pas de trace de lait. — Méconium distendant le gros intestin dans toute sa longueur. — Vessie vide. — Vaisseaux non oblitérés. — Rien dans l'épaisseur des membres, à l'exception du point d'ossification des cartilages des fémurs, qui est très développé.

D'où nous concluons :

1° Que le cadavre soumis à notre examen est celui d'un enfant à terme, bien conformé et nouvellement né;

2° Que la mort date de six à sept jours;

3° Que la respiration s'est opérée complétement;

4° Qu'il est impossible de déterminer si le lien du cou a été appliqué pendant la vie ou après la mort;

5° Qu'il n'existe pas d'autres traces de violence qui puissent expliquer la mort. DENIS, DEVERGIE.

N° 22. *Accusation d'infanticide. — Cadavre bouilli dans un vase.*

OBS. CXXVII. — Joséphine Chrétien est née en 1805 dans la commune d'Eimaux, arrondissement de Lunéville, département de la Meurthe. Ses mœurs ont été bien loin d'être toujours pures ; sa conduite était souvent telle qu'elle pouvait lui attirer de sévères reproches. On craignait toutefois de lui en faire ; elle était d'un caractère méchant. Dès le mois de décembre dernier, sa taille prit un embonpoint qui donna lieu aux conjectures des commères de sa commnne. Des probabilités on arriva bientôt à la certitude, et, malgré les constantes dénégations de cette fille, on n'hésita pas à penser qu'elle était enceinte. Tout-à-coup, dans les derniers jours de la semaine sainte, Joséphine Chrétien est aperçue par les personnes chez lesquelles elle va travailler comme couturière, dans un état de pâleur extraordinaire, et sa taille paraît avoir repris sa première forme. Le bruit se répand donc dans le village qu'elle est accouchée, et chacun se demande ce qu'est devenu son enfant. Le maire, néanmoins, n'eut connaissance de tous ces faits que le 11 avril.

Averti dès le lendemain, le juge d'instruction, accompagné d'un docteur, se rend à Eimaux. Il presse Joséphine Chrétien de questions, auxquelles elle ne répond que d'une manière évasive et peu propre à éloigner les soupçons qui planent sur elle. Le juge instructeur se livre alors à de minutieuses perquisitions, et prescrit la visite de la personne même de Joséphine Chrétien. Sur le point d'être démentie, celle-ci avoue être récemment accouchée. Ce premier résultat obtenu, le juge d'instruction renouvelle ses instances pour arracher à la prévenue l'aveu de ce qui s'est passé relativement à l'enfant. Elle se décide, après quelques tergiversations, à lui dire de la suivre. Elle le conduit de chez elle dans un jardin éloigné d'une vingtaine de pas, et dans l'angle droit du fond de ce terrain, à l'opposite de la porte d'entrée, elle montre une place où la terre était fraîchement remuée, en disant : *Il est là.* Aussitôt elle-même se met en devoir d'exhumer le cadavre ; il n'était que légèrement recouvert de terre. Bientôt elle ramène un morceau de chair qui paraît être l'un des membres de l'enfant. Le docteur fait discontinuer cette exhumation et s'y livre lui-même. Ce morceau de chair venait de présenter à la vue et d'offrir à l'odorat des caractères qui lui firent juger nécessaire de donner lui-même ses soins à l'extraction du cadavre. Quelques instants après, il avait découvert un enfant ramassé, pelotonné, formant exactement une boule qu'il ne put développer sans employer une certaine force, et qui reprenait sa forme aussitôt livré à son élasticité naturelle ; plusieurs portions de membres, pieds, mains, jambes, etc., sont séparées de la boule, et l'examen du tout donne au médecin la conviction que cet enfant a été cuit.

Le docteur reconnaît que cet enfant est du sexe masculin ; qu'il est venu à terme, bien conformé ; les cheveux et les ongles comme les enfants à terme. Sans fétidité aucune. Il y avait à l'ombilic une portion du cordon ombilical de la longueur de 3 pouces, raccourci, grillé ; il n'y avait aucune ligature, et il paraissait avoir été déchiré. Une portion du

cuir chevelu était enlevée; les os du crâne étaient à nu, non fracturés, mais détachés les uns des autres en partie; les intestins sortaient du ventre et étaient comme racornis; les membres paraissaient cuits, se détachaient facilement du corps; leurs os étaient entièrement séparés des chairs, les cartilages détachés des os; on remarquait sur le dos des inégalités, pertes de substance, comme si une portion de chair était restée attachée aux parois du vase dans lequel l'enfant avait cuit. La poitrine seule était restée intacte; les organes de cette cavité étaient très peu avancés dans l'état de coction. Les poumons étaient de couleur rosée, crépitants; après les avoir détachés, ils ont été projetés dans de l'eau et ont complétement surnagé entiers et coupés. Étant pressés, déchirés dans le fond de l'eau, une assez grande quantité de bulles d'air s'échappait à sa surface. D'après ces différentes observations et autres rappelées par le docteur, il a conclu : 1° que l'enfant était né à terme, bien constitué, et conséquemment qu'il était viable; 2° qu'il avait respiré, mais que toutefois il n'était pas probable qu'il eût vécu pendant plusieurs heures; 3° que la mort ne pouvait être attribuée à une chute que l'enfant aurait faite en naissant; 4° qu'enfin il n'existait aucun signe de strangulation ni autre violence extérieure.

La justice demanda compte à Joséphine Chrétien de la vie de son enfant. Le système qu'elle présenta dès les premiers moments de la procédure est le même qu'elle suivit aux débats. Elle déclara être accouchée seule, dans la matinée du mardi-saint, 21 mars; que, sentant bien sa position, elle avait étendu au pied de son lit, sur le plancher, un jupon de toile bleue; que par-dessus ce jupon, arrangé en double, elle avait placé un tablier de cuisine, arrangé de même; puis que s'étant cramponnée au pied de son lit, où elle s'était accroupie sur le plancher, son enfant était venu, mais sans faire aucun mouvement et sans jeter aucun cri; que, le croyant mort, elle avait été contente, parce qu'elle espérait pouvoir cacher plus facilement sa honte, tant elle redoutait sa famille, notamment son père; que d'ailleurs, ayant nié constamment sa grossesse, qu'elle avait crue peu apparente, il ne lui restait plus qu'à en cacher le fruit; qu'en conséquence, elle avait mis et pressé son enfant dans un pot de terre qu'elle avait enveloppé d'une toile et mis dans un coin de son armoire; que vers le samedi suivant, 25 mars, elle avait cru mieux cacher ledit pot en le portant en bas dans sa cuisine, où elle l'avait placé dans l'angle du foyer, après l'avoir simplement couvert d'un petit morceau de bois de sapin, et qu'elle avait retourné un cuveau par-dessus; que cela était resté ainsi pendant quelques jours; que cependant voulant se débarrasser d'un tas de paille qui avoisinait son foyer et que les poules éparpillaient dans sa cuisine, elle avait mis le feu à ce tas au moment de sortir, après avoir toutefois, dans la crainte que la flamme ne gagnât le cuveau, enlevé celui-ci; que, rentrée environ une demi-heure après, elle avait senti une odeur de *viande cuite* qui s'exhalait du pot; qu'alors elle l'avait sorti de là, et, résolue de cacher le cadavre ailleurs que chez elle, elle avait, après l'*Angelus* du soir, porté le pot dans le jardin de son oncle, fait dans la terre un trou avec ses mains, et secoué ce vase pour que le corps de son enfant tombât dans ce trou qu'elle venait de préparer.

Ces particularités, qui, même ainsi racontées, ont excité plus d'une fois, dans le nombreux auditoire qu'avait réuni la nouvelle de cette affaire, quelques rumeurs de dégoût et d'horreur, se trouvaient, sous quelques rapports, en contradiction avec certains témoignages entendus. Quant à la combustion accidentelle, elle était démentie par la dé-

position du médecin qui avait procédé à l'autopsie, et qui a déclaré qu'il était impossible qu'une demi-heure d'un feu tel que celui dont parlait l'accusée eût produit un aussi complet état de coction, et que deux heures au moins avaient été indispensables pour arriver au résultat obtenu.

Joséphine Chrétien a été condamnée à deux années d'emprisonnement et à 600 francs d'amende. (Journal *le Droit*, 21 mai 1857.)

Quelque incomplet que soit ce fait sous le rapport médical, nous avons cru devoir le relater comme un des plus rares que la science possède.

Nº 23. *Affaire du tribunal de Blois. — Deux os de la tête (les deux pariétaux) étant donnés, déterminer le terme de la grossesse auquel l'enfant a été expulsé de la matrice.*

Obs. CXXVIII. — Nous, soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, etc., en vertu de l'ordonnance ci-jointe de M. Berthelin, juge d'instruction, nous sommes rendus dans son cabinet, au Palais-de-Justice, où, après avoir prêté serment entre ses mains de bien et fidèlement remplir la mission qui nous était confiée, il nous a donné communication de la commission rogatoire de M. Albert Delaunay, juge d'instruction de l'arrondissement de Blois, lequel nous commet à l'effet d'examiner des os et fragments d'os ayant appartenu à deux enfants dont la fille Le....... est accouchée le 23 juillet dernier, et de déterminer si ces os ont appartenu à un enfant né vivant, à terme et viable ; ou si, au contraire, ainsi qu'elle le prétend, ils ont appartenu à un enfant né mort, et venu au monde dans le quatrième mois de la grossesse de sa mère ; en second lieu, d'examiner un rapport de M. le docteur Baschet, et de donner notre avis sur les faits et opinions qui y sont exposés.

M. Berthelin nous a remis, avec ladite commission rogatoire, 1° des rapports en date des 28 juillet et 17 août 1858, rédigés par M. le docteur Baschet, chirurgien auprès des hospices civil et militaire de Blois ; 2° une boîte en carton, de forme ronde, recouverte d'un papier de couleur amarante, laquelle était fermée et scellée par une bande de papier blanc et trois cachets apposés par M. le juge d'instruction de Blois ; 3° une boîte de carton scellée. L'intégrité de ces scellés ayant été reconnue par nous, M. le juge d'instruction les a brisés, et, la boîte ouverte, nous y avons trouvé, enveloppés dans une feuille de papier blanc fermée par deux cachets de M. le juge d'instruction de Blois, des os et fragments d'os sur la nature desquels nous nous expliquerons ci-après.

Exposé des faits. — Il résulte des rapports sus-indiqués, que le lundi soir, 23 juillet 1858, Anne Le......, lingère, habitant le hameau de Pontijon, commune de Marc, avait été surprise par les douleurs de l'enfantement en allant à la chapelle Saint-Martin, et qu'elle était accouchée dans un champ de blé dépendant de cette commune ; que son enfant n'était point venu à terme, et par conséquent pas vivant (d'après elle) ; elle l'avait laissé là, et s'était ensuite rendue chez elle.

La visite de la fille Le......., faite cinq jours après, le 28 juillet, par M. le docteur Baschet, fit reconnaître chez elle : 1° un développement considérable des mamelles, avec sécrétion abondante de lait ; 2° l'écoulement par la vulve d'un liquide sanguinolent, ayant l'odeur caractéris-

tique et propre aux lochies ; les grandes lèvres plus tuméfiées que dans l'état naturel ; le périnée sans traces de déchirures ; 5° le col de l'utérus encore dilaté ; l'utérus lui-même plus développé, et présentant le volume que cet organe conserve après un accouchement récent.

De l'ensemble de ces divers faits, M. le docteur Baschet conclut que la fille Anne Le....... est récemment accouchée, mais qu'elle était plus avancée dans sa grossesse qu'elle ne le déclare. Nous pouvons affirmer, ajoute M. Baschet, qu'elle était au moins enceinte de sept mois au moment où elle dit avoir été surprise par les douleurs.

En conséquence des déclarations de la femme Le......., le 17 août suivant, M. le docteur Baschet, accompagné de M. le substitut du procureur du roi, se rendit dans la pièce de terre dite Champ de Renardières, situé au nord et à environ cinquante pas du hameau de Pontijon, et trouva sur la douve d'un sillon deux os d'un fœtus humain, qu'il reconnut être un os pariétal et l'os frontal. A côté, il y avait un mouchoir de couleur et deux baguettes en bois d'un pied de longueur, chacune d'un demi-pouce de largeur ; ces deux derniers objets servent de baleine de corset aux femmes de la campagne. Les deux os du crâne, qui étaient tout-à-fait à l'état sec, provenaient évidemment d'un fœtus, qui a paru à M. le docteur Baschet avoir au moins sept mois de vie intra-utérine. De son examen, il conclut que les os ont dû appartenir à un enfant né à terme ou à peu près, et qu'en admettant que cet enfant n'eût que sept mois de vie utérine, il serait né viable.

Description des os. — Ces os sont évidemment les deux *pariétaux* d'un même fœtus, attendu l'identité de leur dimension et leurs rapports réciproques. (Nous ne comprenons pas que l'un d'eux ait pu être pris pour l'os frontal par M. le docteur Baschet). L'un est gauche et l'autre droit ; ils sont dans un état de dessiccation complète ; leur tissu n'offre aucune trace d'injection ou d'imbibition sanguine ; ils ont tout-à-fait l'aspect d'os desséchés après une macération assez prolongée dans l'eau ; leur surface est salie par une boue grisâtre et sablonneuse.

Le pariétal gauche est entier ; les diverses fractures qu'il présente *ont été faites depuis la dessiccation de l'os,* car la surface des bords de chacune d'elles est d'un blanc mat qui contraste avec la couleur grisâtre assez foncée de l'extérieur de l'os. Six de ces fractures sont dans le sens des fibres osseuses, lesquelles sont aussi incomplétement brisées transversalement ; deux autres fractures qui avoisinent le centre de l'os ont été faites évidemment de dedans en dehors par un corps aigu qui a soulevé en dehors les lames de l'os.

Il ne reste que les trois quarts du pariétal droit ; la portion manquante est celle qui formait son quart postérieur et supérieur ; un fragment anguleux a été complétement séparé du reste de l'os ; la blancheur de la surface de cette solution de continuité démontre que cette dernière est récente, et conséquemment opérée depuis la dessiccation de l'os. Une fracture irrégulière et ancienne existe près de l'angle postérieur et inférieur de l'os pariétal ; au-dessus d'elle, on en remarque une autre faite par un corps aigu qui a percé l'os de dehors en dedans en soulevant sa lame interne. Près de la bosse pariétale et en arrière, existe une seconde fracture qui paraît avoir été faite aussi par un corps aigu qui a brisé l'os de dehors en dedans.

Examen et discussion des faits qui précèdent.

Rappelons d'abord ici les termes de la question qui nous est soumise : « Déterminer si les os que nous venons d'examiner ont appartenu à un

enfant né vivant, à terme et viable; ou si, au contraire, ainsi que le prétend l'inculpée, ils ont appartenu à un enfant né mort, et venu au monde dans le quatrième mois de la grossesse de sa mère. »

Il y a deux points dans cette question dont il est imposssible de donner la solution d'après la seule inspection des os et des fragments d'os que nous venons de décrire : nous voulons parler de la viabilité et de l'état de vie que l'enfant auquel ces os ont appartenu pouvait présenter au moment de sa naissance. Voudrait-on conclure, par exemple, que cet fant était viable, parce que chez lui le développement des os du crâne était très avancé? Mais un enfant peut naître à terme avec un crâne régulièrement conformé, parfaitement développé, et cependant n'être pas viable par suite d'un défaut de conformation ou d'une maladie congénitale des organes, de la poitrine ou du ventre. L'état régulier des os du crâne, et leur développement plus ou moins complet, ne peut donc pas autoriser à établir ainsi, *à priori,* qu'un enfant nouveau-né est viable. Le même fait ne peut davantage indiquer si l'enfant est né mort ou vivant; ces deux premières questions sont donc tout-à-fait insolubles ici.

Il n'en est pas de même de la troisième question, celle de savoir à quelle epoque de la vie intra-utérine était arrivé l'enfant auquel les os ont appartenu lorsqu'il est né. La fille Le....... déclare être accouchée *au quatrième mois de sa grossesse,* tandis que M. le docteur Baschet conclut : d'une part, de l'examen de la fille Le......., qu'elle était au moins enceinte *de sept mois* quand elle est accouchée; et, d'autre part, de l'état des os, que l'enfant auquel ils ont appartenu était *à terme* ou *à peu près.* Nous n'avons pas hésité à partager cette dernière opinion après avoir examiné avec soin les os qui nous ont été représentés. Toutefois, nous avons pensé, attendu la gravité du fait, qu'il ne suffisait pas d'énoncer ici cette assertion d'une manière générale ; nous avons voulu qu'elle fût appuyée de preuves bien manifestes. Voici l'exposé des recherches que nous avons faites.

Les os retrouvés et indiqués comme ayant appartenu à l'enfant de la fille Le...., sont deux pariétaux, dont le gauche seul est entier. Il s'agissait donc de comparer les dimensions de cet os à celles d'un certain nombre d'autres pariétaux d'enfants nés à une époque plus ou moins rapprochée du temps naturel de la grossesse. Or, nous avons mesuré avec le plus grand soin le pariétal gauche de *neuf crânes* d'enfants nés du huitième au neuvième mois, et pris au hasard sur un assez grand nombre de squelettes.

Ces mesures comparatives nous ont donné les résultats suivants :

Pour le diamètre vertical, une moyenne de 2 po. 7 lig. 1/4.

Pour le diamètre antéro-postérieur, 3 po. pour deux pariétaux, et pour les sept autres une moyenne de 2 po. 6 lig.

Pour les bords frontal, une moyenne de 2 po. 3 lig. 1/2.
— pariétal ou supérieur, une moyenne de 2 po. 6 lig. 1/4.
— occipital, une moyenne de 1 po. 9 lig. 1/2 pour cinq os, une moyenne de 2 po. 1 lig. 3/4 pour trois os, et 2 po. pour un seul.
— temporal, une moyenne de 1 po. 9 lig. pour six os, une moyenne de 2 po. 1 lig. 1/4 pour deux os, et 2 po. pour un seul.

Les mêmes mesures prises sur le pariétal gauche désigné comme ayant appartenu à l'enfant de la fille Le...., nous ont donné :

Pour le diamètre vertical, 2 po. 6 lig.
— antéro-postérieur, 2 po. 7 lig.

Pour les bords frontal, 2 po. 4 lig.
— pariétal, 2 po. 7 lig.
— occipital, 4 po. 9 lig.
— temporales, 2 po.

Nous avons pu constater sur les débris du pariétal droit que le bord frontal de cet os avait 2 po 4 lig., et son bord temporal 2 po.

En rapprochant les dimensions de cet os de la moyenne des dimensions que présente la *majorité* des neuf autres pariétaux, on voit que le pariétal de l'enfant de la fille Le....... dépasse d'*une demi-ligne à trois lignes* l'étendue de trois de leurs dimensions (diamètre antéro-postérieur, bords pariétal et temporal), tandis que trois de ses dimensions (diamètre vertical, bords frontal et occipital) ne sont dépassées que d'*une demi-ligne à une ligne un quart* par les dimensions correspondantes de la majorité des neuf autres pariétaux.

Mais si l'on considère combien le volume de la tête est variable chez les enfants qui naissent au terme naturel de la grossesse, que la tête d'un enfant à terme peut être très grosse sans que l'ossification se soit encore étendue à toute la trame membraneuse qu'elle envahira plus tard, en sorte que les os du crâne peuvent avoir ainsi des dimensions très petites relativement à celles de la cavité qu'ils concourent à former; enfin, si l'on tient compte des différences individuelles que présentent les pères et mères, lesquelles influent si notablement sur les proportions et le volume relatif des enfants on sera conduit à conclure, d'après les différences si légères que nous avons trouvées entre la moyenne des diverses dimensions des pariétaux d'enfants nés du huitième au neuvième mois, et les proportions de cet os chez l'enfant de la fille Le ....., qu'il est né à une époque rapprochée du terme naturel de la gestation.

Il ressort donc bien évidemment de l'examen comparatif qui précède, que si les os dont il s'agit sont ceux de l'enfant dont la fille Le....... est accouchée le 25 juillet dernier, elle n'était pas alors enceinte seulement de quatre mois, ainsi qu'elle le déclare, mais que sa grossesse était arrivée à son terme naturel ou à une époque très rapprochée de ce terme.

C'est, comme on le voit, en nous basant sur les caractères particuliers des os soumis à notre examen, que nous émettons une opinion sur l'époque à laquelle la grossesse de la fille Le...... était arrivée quand son accouchement a eu lieu. Nous ne pensons pas que les divers symptômes signalés par M. le docteur Baschet présentent un ensemble tel qu'on puisse ici conclure, comme il l'a fait, que la fille Le... ... était au moins enceinte de sept mois au moment où elle dit avoir été surprise par les douleurs de l'enfantement. En effet, c'est cinq jours après l'accouchement que M. le docteur Baschet a visité la fille Le......, qui lui offrit tous les symptômes qui suivent un accouchement récent : développement considérable des mamelles avec sécrétion abondante de lait; tuméfaction des grandes lèvres; écoulement de lochies sanguinolentes; dilatation du col avec augmentation du volume de l'utérus.

Mais les mêmes phénomènes peuvent se présenter également cinq jours après un avortement survenu le quatrième, le cinquième ou le sixième mois de la grossesse; ils ne pourraient donc suffire pour prouver que la gestation était d'une date bien plus ancienne que celle indiquée par la fille Le...... ; tandis que s'il est démontré que les deux os pariétaux soumis à notre examen sont ceux dont la fille Le....... est accouchée le 25 juillet, l'existence des différents symptômes ob-

servés chez elle à l'époque indiquée concourt à établir que ces symptômes étaient la conséquence d'un accouchement qui avait eu lieu à une époque rapprochée du terme de neuf mois.

Si l'on invoquait comme une preuve que l'accouchement a été au contraire prématuré, qu'il y a eu avortement à quatre mois, *l'absence de toute trace de déchirure au périnée* chez la fille Le...... , nous ferions remarquer que l'état de la peau des parois du ventre et les varices nombreuses observées à la partie interne des cuisses et des jambes chez cette fille semblent indiquer qu'elle avait eu déjà au moins une grossesse antérieurement à celle qui est aujourd'hui la cause du fait dont elle est inculpée ; et cette circonstance, en rendant son dernier accouchement plus facile, pourrait expliquer l'absence de toute trace récente de déchirure du périnée chez la fille Le...... On sait d'ailleurs que les dimensions naturelles des parties sexuelles chez les femmes, que leur degré d'extensibilité et le volume relatif de l'enfant, expliquent aussi comment il peut arriver qu'un accouchement ait lieu à terme sans que le passage de l'enfant entraîne la moindre déchirure du périnée de la mère.

De tout ce qui précède nous concluons :

1° Qu'il est impossible de déterminer d'après la seule inspection des pariétaux qui ont été soumis à notre examen, si l'enfant auquel ils ont appartenu est né vivant et viable.

2° Que, d'après les dimensions que ces deux os présentaient, l'enfant auquel ils ont appartenu pouvait être du huitième au neuvième mois de la conception.

Paris, ce 20 octobre 1838. A. Devergie, Ollivier (d'Angers).

(Ce rapport a été fait par M. Ollivier).

Cette consultation médico-légale prouve que dans les affaires judiciaires on peut tirer parti des moindres restes d'un corps de delit, et que le médecin est blâmable d'abandonner une expertise par cela même qu'il n'a à sa disposition qu'une portion du corps de l'enfant.

N° 24. *Assises d'Évreux et de Rouen. — Soupçons d'infanticide par strangulation. — Déduction inexacte des faits. — Condamnation. — Avis motivé. — Acquittement.*

Procès-verbal d'autopsie.

Obs. CXXIX. — Je soussigné, docteur-médecin, chirurgien-adjoint de l'hospice d'Évreux, sur la réquisition de M. le procureur du roi, me suis transporté cejourd'hui 17 novembre, avec ce magistrat et M. le juge d'instruction, dans la commune de Gravigny, à l'effet de procéder à l'examen et à l'autopsie du cadavre d'un enfant nouveau-né, *lequel avait été trouvé au milieu des herbes arrêtées devant la roue de la grande filature de cette commune.*

1° Déjà quelques heures s'étaient écoulées depuis que le corps avait été retiré de l'eau; il était enveloppé de trois morceaux de papier et d'un lambeau de vêtement. Le premier était du papier gris roux, ayant servi à envelopper du sucre ou de la chandelle ; le second un règlement de l'ordre de la Charité, imprimé en 1836 chez M. Ancelle ; le troisième, une image représentant la prise de Constantine, avec une

complainte sur ce sujet. Le lambeau de vêtement consistait en un carré d'étoffe blanche en coton, auquel étaient cousus deux morceaux d'indienne (petit dessin rouge et blanc sur fond brun). Ces objets ont été remis à M. le juge d'instruction pour être conservés comme pièces de conviction, ainsi qu'un ruban de soie blanc, dont il sera ultérieurement parlé.

2° *Aspect extérieur du cadavre.*— Sexe féminin ; constitution grêle ; organisation régulière et complète ; aucun vice de conformation ; *putréfaction déjà avancée se manifestant par l'odeur fétide qu'exhale le corps*, par des taches violettes, rouges ou verdâtres, à la tête, à la face, au cou, sur le haut de la poitrine et le bas-ventre, derrière les mollets, à la face dorsale des pieds, par le décollement de l'épiderme dans les mêmes points, par le gonflement des parties molles de la face et celui du cuir chevelu, dont les cheveux, entièrement détachés, sont réunis en paquet derrière l'occiput ; enfin par un *développement de gaz putride dans les chairs des jambes et des cuisses, qui fait surnager ces parties lorsque le corps est plongé dans l'eau.*

3° Peau blanche ou rosée, garnie de petits poils soyeux ou d'un enduit sébacé dans les points qui ont *résisté davantage à la putréfaction*, tels que le devant des cuisses, la partie interne des bras, les lombes, etc., etc. Sur ces divers points l'épiderme est encore parfaitement adhérent.

4° Paupières closes, gonflées, privées de leurs cils, qui en ont été détachés ; en les ouvrant, on voit que la cornée a perdu sa transparence ; elle est d'un brun terne et ne laisse pas apercevoir la membrane pupillaire.

5° Le cou est étreint fortement par un ruban de soie blanc à bords guillochés, qui après en avoir fait deux fois le tour est noué à la partie postérieure par un nœud et une rosette simples ; les deux tours de ce ruban se croisent au-devant du cou et sont appliqués l'un sur l'autre en arrière, mais latéralement ; ils laissent entre eux un intervalle d'environ une ligne, dans lequel la peau gonflée forme un bourrelet avec soulèvement de l'épiderme ; véritable phlyctène, qui seule ferait présumer que l'enfant était vivant lors de l'application du lien. De la disposition que je viens de signaler, il résulte sur la partie supérieure du cou une empreinte ou sillon profond, simple en avant et en arrière, double sur les parties latérales.

6° Poitrine voussée, résonnant à la percussion, excepté dans la région cardiaque.

7° Le ventre n'est point météorisé ; on y remarque la saillie du nombril, auquel tient encore une portion du cordon ombilical longue d'environ deux pouces ; elle est verdâtre, sans transparence, *à demi putréfiée*, et se termine par une extrémité frangée qui ferait *croire que le cordon, d'ailleurs grêle, aurait été cassé ou déchiré et non coupé.*

8° Son autre extrémité adhère à l'ombilic par toutes ses membranes. Bien que la ligne de démarcation entre le chorion et la peau soit très prononcée, on n'y observe encore aucune trace d'inflammation éliminatoire.

9° *La position de l'ombilic correspond à 4 lignes au-dessous du milieu du corps.*

10° L'organisation des ongles est parfaite aux pieds et aux mains ; leur bord libre atteint l'extrémité des doigts.

11° Par ce qui reste des cheveux, on peut juger qu'ils étaient abondants ; leur longueur est de neuf lignes à un pouce ; leur couleur, blond clair.

Examen des organes intérieurs du cadavre.

12° *Tête.* — Au sommet, dans l'épaisseur du cuir chevelu, engorgement et infiltration sanguine distincte de la tuméfaction générale déjà notée, indice de la présentation de cette partie lors du travail de l'enfantement; fontanelles peu ouvertes; pariétaux se touchant sur la ligne médiane; point de fracture des os du crâne; impossibilité de distinguer les circonvolutions du cerveau ni aucune des parties constituantes de la masse encéphalique, qui est entièrement réduite en putrilage roussâtre.

13° *Poitrine.* — Point d'épanchement dans les plèvres; les poumons remplissent exactement leurs cavités sans toutefois recouvrir entièrement le péricarde, dont plus de la moitié antérieure est en rapport immédiat avec les parois de la poitrine; ils sont d'une couleur rose pâle, sur laquelle se dessinent quelques ramifications brunes des vaisseaux; leurs vésicules sont évidemment distendues par de l'air, c'est même ce qui distingue d'une manière tranchée leur tissu de celui du thymus, qui a toutefois une teinte un peu plus claire; leur parenchyme conserve toute son élasticité, toute sa résistance, toute sa dureté. Sur le lobe inférieur du poumon droit, dans l'étendue d'environ six lignes seulement, le long d'un intervalle interlobulaire, on voit la *plèvre soulevée* par quelques *bulles très fines de gaz;* ce phénomène, qui est d'ailleurs très limité, ne me *paraît avoir* rien de commun avec les espèces d'ampoules que détermine à la surface *des poumons la putréfaction de ces organes.*

14° L'ouverture du péricarde me fait remarquer dans son intérieur un léger épanchement de sérosité rougeâtre; la substance du cœur est brune et ramollie; *des gaz se sont développés dans ses cavités, et s'y trouvent mêlés à du sang liquide, verdâtre, à demi décomposé.*

15° Les gros vaisseaux qui naissent du cœur sont, comme lui, remplis d'un sang fluide, poisseux, violet; *le trou de Botal et le canal artériel ne sont point oblitérés, non plus que la veine ombilicale et le canal veineux, au moyen duquel l'oreillette gauche communique largement avec l'air extérieur par l'extrémité libre du cordon ombilical, circonstance qui explique la décomposition rapide du sang contenu dans le cœur et les vaisseaux qui en sortent immédiatement.*

16° Ayant appliqué une ligature sur la trachée-artère à l'origine des bronches, j'ai détaché à la fois les poumons, le cœur et le thymus; le tout plongé dans un vase plein d'eau, a complétement surnagé; le thymus et le cœur en ayant été successivement séparés et plongés dans le même liquide, sont descendus rapidement au fond, tandis que les poumons sont toujours restés à la surface. Poussant plus loin l'expérience, j'ai coupé les poumons par tranches très minces et très petites; il n'en est aucune qui n'ait constamment surnagé, même après avoir été fortement pressées entre les doigts; le seul résultat de cette pression, exercée soit sous l'eau, soit à l'air libre, était de faire crépiter le tissu pulmonaire et d'en dégager, avec un peu de sang, des bulles d'air très fines.

17° Une dissection attentive de la trachée-artère et du larynx m'a permis de constater que les voies respiratoires se trouvaient entièrement oblitérées au-dessous de l'os hyoïde, par suite de la constriction du lien appliqué autour du cou.

18° *Ventre.* — Les organes contenus dans la cavité abdominale n'offrent rien d'intéressant à noter, ils sont tous à l'état normal; le gros intestin est rempli de méconium, dont une partie s'échappe par le fondement de l'enfant.

19° Des incisions profondes pratiquées dans les chairs démontrent le développement normal, l'état sain des muscles, des tendons, des ligaments, des cartilages et des os; elles *m'assurent de la présence de gaz putrides dans le tissu cellulaire intermusculaire des jambes et des cuisses.*

20° L'examen particulier de l'extrémité inférieure du fémur m'y fait reconnaître, d'un côté seulement, un *commencement d'ossification à peine perceptible, gros tout au plus comme la tête d'une épingle.*

Conclusions.

1° Le cadavre soumis à mon examen est celui d'un fœtus de huit à neuf mois, nouvellement né et bien conformé. §§ 2, 7 et 9.

2° Cet enfant est né viable; son organisation, bien que n'étant pas des plus robustes, est saine et parvenue à un degré de développement plus que suffisant pour qu'il pût continuer de vivre. §§ 2, 3, 9, 10, 11, etc.

3° La respiration a eu lieu de la manière la plus complète. §§ 13, 16.

4° L'enfant a vécu au moins six à huit minutes, temps nécessaire pour l'établissement parfait de cette fonction, et pas plus de vingt-quatre heures, puisque l'union du cordon avec le nombril n'a subi aucune modification. § 8.

5° La mort date de douze à vingt jours. §§ 2, 4, 15, etc.

6° *Elle est certainement le résultat de la constriction ou strangulation opérée au moyen d'un lien trouvé autour du cou.*

Avis motivé.

Monsieur,

Vous me priez, mû que vous êtes par une pensée d'humanité, de vous donner mon avis sur un rapport de M. le docteur Baud.., relatif à une accusation d'infanticide qui pèse sur la personne de la fille...., qui va de nouveau être mise en jugement pardevant la cour royale de Rouen.

Je vais répondre à votre demande avec toute la sincérité dont un serment pourrait m'imposer l'obligation.

Le rapport de M. Baud.. est rédigé avec clarté et méthode; chaque conclusion est appuyée sur les faits du rapport, qui, eux-mêmes, sont annotés par des numéros d'ordre; il est facile de suivre le rapporteur dans toutes les conséquences qu'il a cru devoir déduire de ses observations Discutons donc la valeur de chacune de ses conclusions.

Première conclusion du rapport. — « Le cadavre soumis à mon examen est celui d'un fœtus de huit à neuf mois, nouvellement né et bien conformé. »

En admettant que la longueur de l'enfant fût de 16 pouces 1 ligne et le poids de 3 livres 6 onces, et en joignant ces données à l'état de la peau, à la longueur des ongles et au point osseux de l'extrémité inférieure du fémur, dont M. Baud.. signale seulement l'état naissant, il devient évident pour nous que l'enfant n'était pas à terme, qu'il n'avait que huit mois.

A terme. — Le point osseux de l'extrémité inférieure du fémur est *parfaitement développé;* les ongles *dépassent* l'extrémité des doigts. La longueur du corps est de 16 à 18 pouces, et le poids moyen de *six livres et un quart.* Il est à regretter que l'on n'ait pas pris la mesure des trois principaux diamètres de la tête.

Deuxième conclusion du rapport. — « Cet enfant est né viable; son » organisation, bien que n'étant pas des plus robustes, est saine et par-

» venue à un degré de développement plus que suffisant pour qu'il pût » continuer de vivre. »

Il faut trois conditions pour qu'un enfant puisse être déclaré viable : 1° qu'il ait acquis un degré de maturité suffisante ; sous ce rapport l'enfant était dans des conditions convenables ; 2° qu'il ne porte pas de traces de maladie mortelle ; rien n'annonçait chez l'enfant l'existence d'une lésion morbide qui aurait causé la mort ; 3° qu'il n'offre pas de vice de conformation capable de s'opposer à l'entretien de la vie. Ici je dois le dire, ou le paragraphe 15 du rapport de M. Baud.. expose des erreurs graves, ou si tel était l'état de l'enfant, il existait une condition anatomique anormale, un vice de conformation, qui, sans être capable d'entraîner la mort, n'en était pas moins un vice de conformation.

Dans l'état normal, la veine ombilicale vient se réunir au canal veineux, qui se rend dans la veine hépatique, laquelle communique avec la veine cave inférieure, et celle-ci dans *l'oreillette droite* du cœur.

Quelle qu'ait été la disposition de ces vaisseaux chez cet enfant, on ne saurait admettre que *l'oreillette gauche communiquait largement avec l'air extérieur par l'extrémité libre du cordon ombilical, circonstance qui expliquerait la décomposition rapide du sang contenu dans le cœur et les vaisseaux qui en sortent immédiatement.* Tout cela est erreur, cette communication avec l'air extérieur est impossible. Depuis plus de dix ans, j'ai fait connaître les sources de la décomposition putride du sang ; elles ont leur siége dans le cœur, où les gaz se développent en premier lieu, et c'est ce que vous trouverez écrit à l'article PUTRÉFACTION de mon *Traité de Médecine légale*. Les explications de M. Baud.. ne sont pas admissibles. Elles me font craindre qu'il n'y ait eu quelque erreur commise à l'égard de la disposition anatomique de ces parties ; toutefois je suis porté à considérer cet enfant comme viable. La viabilité n'est d'ailleurs pas nécessaire pour que le crime d'infanticide existe, il suffit que l'enfant soit né vivant.

Troisième conclusion. — « La respiration a eu lieu de la manière la » plus complète. »

Il n'y a aucune objection à faire à cette conclusion.

Quatrième conclusion. — « L'enfant a vécu six à huit minutes, temps » nécessaire pour l'établissement de cette fonction, et pas plus de » vingt-quatre heures, puisque l'union du cordon avec le nombril n'a » subi aucune modification. »

Cette conclusion établit une approximation qui nous paraît exacte, toutefois la respiration complète a pu s'opérer en moins de six minutes.

La *cinquième conclusion* est une date d'immersion sans importance. Je ne m'y arrête pas.

Sixième conclusion. — « Elle est certainement (la mort) le résultat » de la constriction ou strangulation opérée au moyen du lien trouvé » autour du cou. »

Ici nous ne saurions adopter une pareille assertion. Il ne suffit pas qu'un lien soit trouvé autour du cou d'un enfant pour qu'on puisse dire que la mort a été la conséquence de l'application de ce lien ; il faut encore que l'on démontre que le lien a été appliqué *pendant la vie de l'enfant*. On n'arrive à ce résultat qu'en prouvant que des altérations vitales provenant de l'application de ce lien existaient dans les parties comprimées, et que la mort a été la conséquence de la strangulation ; c'est sous ces deux points de vue que nous allons envisager les faits consignés dans le rapport.

Est-ce sur les phénomènes de constriction du lien que le rapporteur voudrait faire reposer sa conclusion, ainsi que semble l'indiquer la mention du paragraphe 17, qui est annexé à la conclusion? Mais il est seulement dit dans ce paragraphe que le lien serrait assez le cou pour que les voies respiratoires se trouvassent tout-à-fait oblitérées. Eh bien! que l'on applique un lien autour du cou d'un enfant mort ou vivant, on amènera ce résultat dans les deux cas, si on serre suffisamment le lien.

Mais ce que l'on ne produira pas chez l'enfant mort, ce sont les *ecchymoses* du cou par suite de la constriction de cette partie; c'est la congestion pulmonaire et la congestion cérébrale, conséquences nécessaires de la strangulation opérée pendant la vie.

Voyons donc s'il est mention dans le rapport de quelque chose d'analogue. — En fait de lésions sous le lien ou autour du lien, je ne vois au paragraphe 5 qu'une phlyctène entre les deux circulaires du lien, et l'on ajoute : « *qui seule ferait présumer que l'enfant était vivant lors* » *de l'application du lien.* »

Mais le rapporteur sait très bien que rien n'est plus commun dans les phénomènes putrides de la submersion que le développement des phlyctènes, et par conséquent que ce caractère est insuffisant pour démontrer que la strangulation a été opérée pendant la vie. D'une autre part, on n'a pas trouvé à l'ouverture du corps, de traces de congestion cérébrale ou pulmonaire, partant aucune lésion vitale qui puisse démontrer l'application d'un lien pendant la vie. La sixième conclusion n'est donc pas fondée sur l'observation des faits.

Je ne prétends pas dire que le lien n'ait pas été appliqué pendant la vie, je dis seulement qu'il n'existe aucune preuve de cette application, et que si en effet ce lien avait servi à maintenir autour du cou des enveloppes placées autour du corps de l'enfant après la mort, il aurait amené tous les résultats que l'on a signalés dans le rapport.

Il est une circonstance assez importante pour la solution de la question qui nous occupe et dont il n'est pas fait mention. Si le lien avait servi à maintenir les papiers et linges qui enveloppaient l'enfant, et si ce lien serrait si fortement le cou, on aurait dû retrouver entre le lien et le cou des débris des enveloppes de l'enfant.

Conclusion.

1° L'enfant n'était pas à terme; il avait huit mois au plus.

2° Il est probable qu'il est né viable.

3° Il a respiré.

4° Rien ne prouve que la mort ait été le résultat de la strangulation par un lien appliqué autour du cou.

Paris, 16 juin 1839. DEVERGIE (Alphonse).

Monsieur,

Je viens une seconde fois vous remercier du secours que vous m'avez prêté, avec tant de générosité, dans la défense de la fille Laville, accusée du crime d'infanticide.

Votre consultation, etc.

Après un débat de quinze heures, Joséphine Laville a été acquittée. La liberté s'est levée pour elle avec l'aurore........, il était trois heures du matin quand la Cour a prononcé son acquittement.

DUWARNET (Avocat à Évreux).

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

MÉDECINE LÉGALE,

RECUEIL

DE MÉMOIRES, CONSULTATIONS ET RAPPORTS,

CONTENANT

1° La manière de procéder à l'ouverture des corps, et spécialement dans les cas de visites judiciaires; 2° plusieurs rapports judiciaires, suivis d'observations et remarques sur les omissions, les erreurs, les négligences, les obscurités, les vices de rédaction ou de raisonnement qui s'y rencontrent; 3° des rapports sur plusieurs cas d'empoisonnement; 4° des considérations médico-légales sur l'ecchymose, la sugillation, la contusion, la meurtrissure, les blessures, etc.;

PAR CHAUSSIER,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

1 vol. in-8°, avec 6 planches. — Prix, 6 fr.

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE,

FAITES A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ,

PAR M. LE PROFESSEUR **VELPEAU**;

Recueillies et publiées par **P. PAVILLON**, Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

1840. — 1 vol. in-8°. — Prix, 7 fr.

Ce volume contient les généralités de la Chirurgie clinique, les Ophthalmies, l'Hydrocèle, les Luxations de l'articulation scapulo-humérale, les Varices et le Varicocèle, la Cataracte, l'Introduction de l'air dans les veines, le Traitement de la gonorrhée, les anus contre nature, la Xérophthalmie.

COURS DE CHIMIE ÉLÉMENTAIRE,

AVEC

SES PRINCIPALES APPLICATIONS A LA MÉDECINE ET AUX ARTS;

PAR A. BOUCHARDAT,

Pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

2 vol. in-8°, de 850 pages, avec 4 planches représentant les Instruments de chimie.

Prix, 9 francs.

ÉLÉMENTS DE MATIÈRE MÉDICALE

ET DE PHARMACIE,

Contenant la description botanique, zoologique et chimique, la préparation pharmaceutique, l'emploi médical et les doses des médicaments simples et composés; avec des considérations étendues sur l'art de formuler, et l'indication détaillée des recettes contenues dans le *Codex* et les principales Pharmacopées françaises et étrangères;

PAR A. BOUCHARDAT,

Docteur en Médecine et agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

1 fort vol. in-8° de 750 pages, avec figures. — Prix, 7 fr.

BANDAGES ET APPAREILS A PANSEMENTS,

OU

NOUVEAU SYSTÈME DE DÉLIGATION CHIRURGICALE;

Contenant les moyens simples et faciles de remplacer avec avantage les bandages et la charpie par le mouchoir et le coton; des considérations sur les irrigations continues, les brayers, la chirurgie populaire, les membres artificiels, la résection partielle du pied, les amputations dans les fractures, le compas d'épaisseur; les fractures par la planchette ou l'hyponarthécie sans obliger les malades de garder le lit; le traitement des gibbosités sans lits mécaniques, l'extension des extrémités dans le cas d'ankylose; une nouvelle manière de traiter les ulcères;

PAR MATHIAS MAYOR,
Chirurgien en chef de l'hôpital cantonnal de Lausanne.

TROISIÈME ÉDITION,

Augmentée de Mémoires sur les bassins et les pessaires en fil de fer, les fractures de la clavicule, la cure radicale des hernies, et le cathétérisme simple et forcé dans les rétrécissements de l'urètre.

1 fort volume in-8°, et Atlas in-4° de 16 planches, 7 fr.

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE,

FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS;

Par le professeur **CHOMEL**,

Recueillies et publiées sous ses yeux par J.-L. GENEST, D. M. P., ancien chef de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, et REQUIN, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Paris, 1834 et 1837, 2 forts vol. in-8. — Prix : 14 fr.

Le tome 2e séparément. (Rhumatisme et Goutte.) 7 fr.

TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE,

OU

ANATOMIE DES RÉGIONS DU CORPS HUMAIN;

Considérée spécialement dans ses rapports avec la Chirurgie et la Médecine opératoire;

PAR P. F. BLANDIN,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris,
Chef des Travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

2e ÉDITION, CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.

1 fort vol. in-8, et atlas de 20 pl. in-fol. 1834. — Prix 23 fr.
Idem, avec figures coloriées. 40

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES SPÉCIALES DE LA PEAU,

PAR C. M. GIBERT,
professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Loursine (vénériens femmes).

Paris, 1839. 2e édition, 1 vol. de 500 pages. — Prix : 6 fr.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE

MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE.

PAR LEPELLETIER (DE LA SARTHE);

Docteur en médecine, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, etc.

1839, 4 vol. in-8, avec 12 pl. et des tableaux synoptiques. 12 fr.

Cet ouvrage renferme l'exposition naturelle des lois de l'organisme vivant considéré dans les êtres animés en général, et dans l'homme en particulier; l'histoire approfondie de toutes les fonctions : 1° *vitales*, innervation, circulation; 2° *nutritives*, digestion, absorption générale, nutrition, où se trouvent exposées d'une manière complète la calorification et l'application raisonnée du froid dans le traitement des maladies; les sécrétions; 3° *de relation*, fonctions d'impression, ou sensations de combinaisons intellectuelles, d'expression; 4° *génitales*, excitation, copulation, fécondation, gestation, accouchement, lactation, avec la théorie des monstruosités, applications positives de tous les principes émis, dans cette histoire, à la pathologie, à l'hygiène, à la médecine légale, à la philosophie; l'examen des systèmes de Gall et de Lavater, l'étude naturelle des tempéraments, des passions, des caractères et de la phsiognomonie réduite à ses véritables principes : l'histoire complète de la vie, de la mort, de la putréfaction, avec quelques aperçus généraux sur la théorie des races humaines.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

PAR C. M. GIBERT,

Professeur agrégé de la Faculté de médecine pratique de Paris, médecin de l'hôpital Loursine (vénériens femmes).

Paris, 1837, 1 vol. grand in-18 de 710 pages. — Prix : 6 fr.

TRAITÉ DES MALADIES DE LA MATRICE,

PAR F. DUPARCQUE,

Docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Paris, 1839, 2 vol. in-8°. — Prix, 12 fr.

Le tome premier contient les ALTÉRATIONS ORGANIQUES SIMPLES ET CANCÉREUSES DE LA MATRICE; 2ᵉ édition considérablement augmentée. Prix, séparément. 7 fr.

Le tome deuxième comprend l'HISTOIRE COMPLÈTE DES RUPTURES ET DES DÉCHIRURES DE LA MATRICE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE. Prix, séparément 7 fr.

PRÉCIS PRATIQUE ET RAISONNÉ DU DIAGNOSTIC,

Contenant l'inspection, la mensuration, la palpation, la dépression, la percussion, l'auscultation, l'odoration, la gustation, les réactifs chimiques, l'interrogation des malades, la description des maladies de la peau, de la bouche, de la gorge, des parties génitales; des altérations du sang, des affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire, etc.;

PAR M. A. RACIBORSKI,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Un fort vol. grand in-18 de 970 pages, 1837. — Prix : 7 fr.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE

GÉNÉRALE ET MÉDICALE,

PAR P. PELLETAN,

professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris,

3e édition; revue, corrigée et augmentée.

Paris, 1838; 2 vol. in-8° avec fig. —Prix : 14 fr.

DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE A SUIVRE DANS L'EXPLORATION DES ORGANES PAR LA PERCUSSION MÉDIATE.

Accompagné de Mémoires sur la circulation, les pertes de sang, le sérum du sang, la respiration, l'asphyxie, la strangulation, la submersion, la langue, considérée sous le rapport du diagnostic, l'abstinence, la migraine, etc., etc.;

PAR P. A. PIORRY,

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc.

Paris, 1835, 1 fort vol. in-8°. —Prix : 6 fr.

TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE,

PAR A. N. GENDRIN,

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

2 forts volumes in-8°. — Prix, 14 fr.

(*L'ouvrage aura 4 vol. in-8°.*)

On éprouvait depuis plusieurs années déjà le besoin d'un ouvrage dogmatique qui réunit et systématisât toutes les parties de la médecine qui s'appliquent spécialement à la connaissance et au traitement des maladies. L'anatomie pathologique créée par un grand nombre d'habiles observateurs parmi lesquels l'auteur de l'ouvrage que nous annonçons tient une des premières places, fournit aujourd'hui des données nouvelles pour la connaissance des maladies, que l'on chercherait en vain dans les traités de médecine qui ont été publiés jusqu'à ce jour. La découverte des moyens d'exploration que l'on doit au génie de Laennec a étendu et modifié sur beaucoup de points la science pratique du diagnostic, si imparfaite encore dans les traités de médecine, même les plus récents. La thérapeutique pratique a fait aussi des progrès, ne fût-ce que par l'application clinique des nouvelles méthodes d'investigation, des signes des maladies. Il est temps de diriger les études médicales dans cette voie qui doit être en définitive celle où elles aboutissent. C'est principalement dans ces vues que le Traité de médecine pratique de M. Gendrin a été conçu : les travaux connus de l'auteur, sa position à la tête d'un service d'hôpital, font penser qu'il a compris les besoins de notre époque médicale, et qu'il y satisfait par la publication d'un ouvrage éminemment pratique. Les étudiants trouveront dans ce traité le guide le plus sûr pour les diriger au lit des malades ; les médecins y reconnaîtront le tableau systématique fidèle de la médecine pratique de nos jours.

GENDRIN. HISTOIRE ANATOMIQUE DES INFLAMMATIONS. Paris, 1826, 2 vol. in-8°, br. 16 fr.

TRAITÉ DES MALADIES
DE
L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE,

PAR J. ABERCROMBIE,
Premier médecin du roi d'Angleterre pour l'Ecosse ;

Traduit de l'anglais, avec des Notes très nombreuses, par A. N. Gendrin,
Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

1 fort vol. in-8° de 650 pages. — Prix, 7 fr.

NOUVEAU FORMULAIRE DES PRATICIENS,

Contenant les Formules des hôpitaux civils et militaires de Paris, de la France, de l'Italie, de l'Allemagne, de la Russie, de l'Angleterre, etc., suivies des secours à donner aux empoisonnés et aux asphyyiés, et précédé d'un mémorial thérapeutique;

PAR F. FOY,
Docteur en médecine de la Faculté, et pharmacien en chef des hôpitaux de Paris,

2e ÉDITION CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE,

1 vol. in-18, imprimé sur papier vélin. — Prix : 3 fr. 50 c.

MALADIES DE L'UTÉRUS,

D'après les leçons cliniques de M. LISFRANC, faites à l'hôpital de la Pitié ; par le docteur Pauly, 1836. 1 vol. in-8°, br. 6 fr.

MANUEL DE CLINIQUE MÉDICALE,

PAR MARTINET,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Contenant la manière d'observer en médecine ; les divers moyens d'explorer les maladies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, etc., et de procéder aux investigations cadavériques, avec une méthode d'analyse, appliquée à l'étude du diagnostic, suivi d'un exposé des signes des maladies et d'un précis d'anatomie pathologique ;

3e ÉDITION REVUE, CORRIGÉE ET AUGMENTÉE.

Paris, 1837, 1 vol. in-18, br., 4 fr. 50 c.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE,

Suivi d'un formulaire par L. MARTINET, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.; 1 fort vol. in-8° de 640 pages. 6 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES FEMMES.

PAR F. IMBERT,
Ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur de l'Ecole secondaire de médecine de Lyon.

1839, 2 vol. in-8°. — Prix : 12 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET
rue Jacob, 30.

NOVEMBRE 1844.

CATALOGUE

DES LIVRES DE FONDS ET EN NOMBRE

QUI SE TROUVENT

A LA LIBRAIRIE MÉDICALE

DE

GERMER BAILLIÈRE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17, A PARIS.

Sous presse pour paraître incessamment.

TRAITÉ D'OBSTÉTRIQUE, basé sur l'observation, et suivi d'un traité des MALADIES DES FEMMES grosses et ACCOUCHÉES, et DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, par JACQUEMIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants, ancien interne de la Maternité de Paris. 2 forts vol. gr. in-18, avec figures gravées sur cuivre et sur bois, et intercalées dans le texte.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE, ou Traité des maladies des yeux considérées sous le rapport du diagnostic et du traitement; par M. le docteur DESMARRES, professeur de clinique ophthalmologique. 1 fort volume in-8, 1845.

MANUEL PRATIQUE DE PHRÉNOLOGIE, par M. le docteur FOSSATI, président de la Société phrénologique de Paris. 1 fort volume grand in-18 avec 40 figures intercalées dans le texte.

TRAITÉ PRATIQUE DU MAGNÉTISME ET DU SOMNAMBULISME, par AUBIN GAUTHIER, secrétaire perpétuel de la Société du magnétisme de Paris. 1 fort volume in-8.

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE,

OU COLLECTION DE RÉSUMÉS POUR LA PRÉPARATION AUX EXAMENS DU DOCTORAT EN MÉDECINE, DU GRADE D'OFFICIER DE SANTÉ, ET AUX CONCOURS D'ÉLÈVES EXTERNES ET INTERNES DES HÔPITAUX.

Premier Examen.

PHYSIQUE. 1 vol. gr. in-18 de 500 pag., avec 106 fig. intercalées dans le texte. 1845. 2e édition. 3 fr. 50 c.

CHIMIE. 1 vol. gr. in-18 de 600 pages, avec 60 fig. intercalées dans le texte. 1845. 2e édition. 3 fr. 50 c.

HISTOIRE NATURELLE, contenant la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie. 2 vol. gr. in-18, avec 318 fig. intercal. dans le texte. 1844. 7 fr.

Ces quatre volumes sont faits par M. BOUCHARDAT, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Deuxième Examen.

MANUEL D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, par le docteur DESPRÉS, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. gr. in-18, avec figures intercalées dans le texte. (Sous presse.)

MANUEL DE PHYSIOLOGIE HUMAINE, par le docteur CAZALIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-18. (Sous presse.)

NOUVEAU MANUEL D'ANATOMIE GÉNÉRALE, Histologie et organogénie de l'homme, par le docteur MARCHESSAUX, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1844, 1 vol. gr. in-18 de 420 pag. 3 fr. 50 c.

Troisième et cinquième Examen.

MANUEL PRATIQUE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION, par M. le docteur ANDRY, ancien chef de clinique médicale de l'hôpital de la Charité. 1845, 1 vol. gr. in-18. 3 fr. 50 c.

MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par M. le docteur BURGUIÈRES, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1845, 1 vol. grand in-18. (Sous presse.)

MANUEL DE PETITE CHIRURGIE, contenant les pansements, les bandages, la saignée, les ventouses, les moxas, les vésicatoires, les ulcères, la gangrène, les brûlures, les plaies, les fractures, la description et l'application des appareils de fractures, le cathétérisme, la réduction des hernies etc ; par M. le docteur JAMAIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1845, 1 vol. grand in-18. de 624 pages. 3 fr. 50 c.

MANUEL DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE CHIRURGICALES, par le docteur MAISONNEUVE, chirurgien des hôpitaux de Paris, 1 fort vol. gr. in-18. (Sous presse.)

MANUEL DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALES, par M. le docteur TARDIEU, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 fort vol. gr. in-18. (Sous presse.)

MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, par M. le docteur MALGAIGNE, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1843, 4e édit., 1 vol. gr. in-18. 6 fr.

Quatrième Examen.

MANUEL PRATIQUE DE MÉDECINE LÉGALE, par M. le docteur BAYARD, médecin expert près les tribunaux de Paris. 1844, 1 vol. gr. in-18. 3 fr. 50 c.

MANUEL D'HYGIÈNE publique et privée, par M. le docteur FOY, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. 1845, 1 vol. gr. in-18. 3 fr. 50 c.

MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE, par M. le docteur BOUCHARDAT, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. 1 fort vol. gr. in-18. (Sous presse.)

Cinquième Examen.

MANUEL D'OBSTÉTRIQUE, basé sur l'observation, accompagné d'un Traité sur les maladies des *femmes grosses* et *accouchées*, et suivi d'un Traité sur les maladies des *enfants nouveau-nés*, par le docteur JACQUEMIER, ancien interne de la maison d'accouchement de Paris. 1845, 2 vol. gr. in-18, avec figures intercalées dans le texte. 1845. 12 fr.

(Pour la clinique médicale et chirurgicale, voir les Manuels du troisième examen.)

NOUVELLE PUBLICATION.

TRAITÉ PRATIQUE

DES ACCOUCHEMENTS,

PAR F.-J. MOREAU,

Professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la maison d'accouchements (Maternité).

2 vol. in-8. 14 fr.

Le même avec un Atlas in-folio de 60 belles planches dessinées par M. Emile Beau, sur les préparations anatomiques de M. le docteur *Jacquemier*, ancien interne de la Maison d'Accouchements, avec texte explicatif, divisé en 15 livrais., fig. noires, 60 fr.
Le même, figures coloriées, 120 fr.

La première livraison représente l'anatomie normale des os du bassin;

La deuxième, la direction, les axes, et quatre vices de conformation du bassin;

La troisième, cinq vices de conformation du bassin, et deux tumeurs développées dans l'excavation pelvienne;

La quatrième, deux vices de conformation du bassin et le périnée de la femme;

La cinquième, le plan abdominal et deux coupes du bassin d'une femme adulte, avec les parties molles qui le revêtent et les viscères qu'il contient;

La sixième, les organes génitaux d'une femme adulte; les fibres et les vaisseaux, la structure vasculaire et les vaisseaux lymphatiques de l'utérus;

La septième, les nerfs de l'utérus, un vice de conformation de l'utérus et du vagin, et cinq œufs humains abortifs expulsés dans les premiers temps et avant le troisième mois de la conception;

La huitième, un œuf humain abortif expulsé dans le premier mois environ de la conception; un fœtus de trois mois environ avec ses annexes; un utérus avec les annexes du fœtus qui y adhèrent; un squelette du fœtus; les diverses positions de la tête, et la disposition du système vasculaire chez le fœtus;

La neuvième, les rapports de la tête du fœtus avec le détroit abdominal du bassin dans les quatre positions directes et obliques, la forme, le volume, la situation de l'utérus complétement développé par le produit de la conception et les rapports qu'il offre avec les différents organes contenus dans la cavité abdominale; une coupe de l'utérus, pour faire voir une des attitudes du fœtus à terme dans le sein de sa mère;

La dixième, le mécanisme de l'accouchement naturel dans les quatre temps de la première position oblique du sommet, dans le second et le troisième temps de la quatrième position directe du sommet, dans le premier et le second temps de la seconde position de la face;

La onzième, le mécanisme de l'accouchement naturel dans les cinq temps de la première position des fesses, dans le premier temps de la seconde position des genoux, de la troisième position des pieds et de la quatrième position des fesses;

Les douzième et treizième, l'accouchement artificiel, tous les temps de la version dans la première position oblique du sommet;

La quatorzième, l'accouchement artificiel, version dans les présentations des épaules et des bras.

La quinzième, les diverses applications du forceps, et les instruments qui servent dans la pratique des accouchements.

LIVRES DE FONDS ET EN NOMBRE.

ABERCROMBIE. Traité des maladies de l'**encéphale** et de la **moelle épinière**, trad. de l'anglais avec des notes très nombreuses, par A. N. GENDRIN, médecin de l'hôpital de la Pitié. 1 fort vol. in-8, de 650 pages. 1835. 7 fr.

AIMÉ ET BOUCHARDAT. Manuel complet du **baccalauréat ès-sciences** physiques et mathématiques, rédigé d'après le programme de l'Université, contenant l'arithmétique, la géométrie, la trigonométrie rectiligne, la trigonométrie sphérique, l'algèbre, la géométrie analytique, les éléments de statique, la physique, la chimie, la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie, 1838, 1 fort vol. grand in-18 de 750 pages, avec fig. 6 fr.

ALIBERT. Monographie des dermatoses, ou précis théorique et pratique des maladies de la peau. Paris, 1835, 2e édition, avec fig. col. 2 vol. grand in-8 20 fr.

Le même ouvrage, 1 vol. in-4, avec fig. coloriées, renfermant 40 sujets. 1835. 35 fr.

ALIBERT. Nosologie naturelle, ou les maladies du corps humain distribuées par familles. Paris, 1838, 1 vol. gr. in-4, pap. vélin, avec 33 pl. color. Au lieu de 110 fr. 30 fr.

AMUSSAT. Recherches sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines, et particulièrement sur cette question : *l'air, en s'introduisant spontanément par une veine blessée pendant une opération chirurgicale, peut-il causer subitement la mort?* 1839, in-8. 5 fr.

AMUSSAT. Leçons sur les **rétentions d'urine**, causées par les rétrécissements de l'urètre; et sur les maladies de la glande prostate; publiées par M. le docteur PETIT, DE L'ÎLE DE RÉ; 1832, 1 vol. in-8°, fig. 4 fr. 50 c.

AMUSSAT. Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire, sans pénétrer dans le péritoine. (Lu à l'Académie royale de médecine le 1er octob. 1839). 1 vol in-8. 5 fr.

— Deuxième Mémoire. 1841, in-8, br. 3 fr.

— Troisième Mémoire. 1843, in-8, br. 3 fr.

AMUSSAT. Table synoptique de la Lithotripsie et de la Cystotomie hypogastrique ou mieux postéro-pubienne. 1 vol. in-4° cart. avec figures. Paris, 1832. 3 fr. 50 c.

AMUSSAT. Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus et sur la possibilité d'extirper ces tumeurs, lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe. 1842, in-8, br. 3 fr.

AMUSSAT. Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse. 1843, in-8, br. 3 fr.

ANDRAL. Rapport sur le traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs (lu à à l'Académie royale de Médecine le 14 mars 1837), 1837, in-8, br. 1 fr. 50 c.

ANDRAL. An antiquorum doctrina de crisibus et diebus criticis admittenda? An in curandis morbis et præsertim acutis observanda? 1824, in-4, br. 2 fr. 50 c.

ANDRY (F.). Manuel de diagnostic des **maladies du cœur**, précédé de recherches cliniques pour servir à l'étude de ces affections. 1843. 1 vol. grand in-18, de 296 pages, br. 2 fr. 50 c.

ANDRY. Manuel pratique de **percussion** et d'**auscultation**, par le docteur Andry, ancien chef de clinique médicale de l'hôpital de la Charité, 1845, 1 vol. gr. in-18 de 536 pages. 3 fr. 50 c.

ATLAS DE ZOOLOGIE, ou Collection de 100 planches comprenant 257 figures d'animaux nouveaux ou peu connus, classés d'après la méthode de M. *de Blainville*, avec une explication par M. *Paul Gervais* (ouvrage complémentaire des Dictionnaires et des Traités d'histoire naturelle), 1844. 1 vol. grand in-8.
Figures noires. 12 fr.
Figures coloriées. 30 fr.

ATLAS DE BOTANIQUE, composé de 21 planches, représentant 56 plantes, pour servir de complément à l'histoire naturelle de M. Bouchardat. Prix : figures noires 2 fr. 50 c.
Figures coloriées. 5 fr.

AUBER. (Ed.) Hygiène des femmes nerveuses, ou Conseils aux femmes pour les époques critiques de leur vie, 1843, 2e édit., 1 vol. gr. in-18 de 540 pages. 3 fr. 50 c.

AUBER (Édouard), Traité de philosophie médicale, ou Exposition des vérités générales et fondamentales de la médecine. 1839, 1 vol. in-8, br. de 556 pages. 6 fr.

BARBIER (de Melle). Observation sur une fistule vésico-intestinale, suivie de considérations anatomico-physiologiques et pathologiques sur ses causes générales et son siége le plus ordinaire; méthode de traitement curatif de cette maladie, jusqu'ici réputée au-dessus des ressources de l'art. 1843, in-8, fig., br. 2 fr.

BARON (Charles). De la pleurésie dans l'enfance. 1841, in-4 de 180 pages. 3 fr. 50 c.

BARON. Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel des maladies tuberculeuses, etc. Traduit de l'anglais par M. V. Boivin. Paris, 1825, 1 vol. in-8°, avec fig. color. 7 fr. 50 c.

BARRÉ. Maladies des voies urinaires; de la nécessité de la cautérisation antéro-postérieure dans certains rétrécissements du canal de l'urètre. 1839, in-8, avec fig. 2 fr.

BARTHÉLEMY. Syphilis, poëme en deux chants, avec des notes par le dr Giraudeau de Saint-Gervais. 1840. 1 vol. in-8. 3 fr.

BARTHEZ. Exposition de la doctrine médicale, par Lordat. Paris, 1818, 1 vol. in-8. 6 fr.

BARTHEZ et RILLIET. Traité clinique et pratique des **maladies des enfants**, par MM. les docteurs *Barthez* et *Rilliet*, anciens internes de l'hôpital des Enfants-Malades. 1843, 3 forts vol. in 8. de 2,400 pages. 21 fr.

BAUDELOCQUE. Principes sur l'art des accouchements, par demandes et réponses, en faveur des élèves sages-femmes; 7e édition revue, corrigée. 1838, 1 vol. in-12, avec 30 fig. 7 fr. 50 c.

Le même ouvrage avec le **manuel des sages-femmes** contenant la saignée, l'application des ventouses, la vaccine, la description et l'usage des instruments relatifs aux accouchements, des notes sur plusieurs parties des accouchements pour servir de *complément aux principes d'accouchements de Baudelocque*, par F.-J. Moreau, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants à la faculté de médecine de Paris. 1839, 1 vol. in-12, fig. 9 fr.

BAUDELOCQUE. L'art des Accouchements, 8e édition, 1844. 2 vol. in-8 de 1340 pages, avec 17 planches. 18 fr.

Ces deux ouvrages sont adoptés par le conseil général des hôpitaux de Paris, comme livres classiques, indispensables aux Elèves Sages-femmes de la maison d'accouchement.

BAUDENS. Nouvelle méthode des amputations, 1er Mémoire, *amputation tibio-tarsienne*, 1842, in-8, avec fig. 2 fr. 50 c.

BAUDENS. Clinique des plaies d'armes à feu. 1836. 1 vol. in-8. 7 fr. 50 c.

BAUMES (de Lyon). Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes. 1840, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

BAUMÈS (de Lyon). Nouvelle Dermatologie, ou Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale, avec 7 planches coloriées; par *M. Baumès*, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. 1842, 2 vol. in-8. 16 fr.

BAUMÈS (de Lyon). Traité des maladies venteuses, ou lettres sur les causes et les effets de la présence des gaz ou vents, dans les voies gastriques et sur les moyens de guérir ou de soulager ces maladies; 2e édition. 1837. 1 vol. in-8. 5 fr.

BAUMÈS. Traité de l'Ictère ou Jaunisse des enfants de naissance; 2e édition. Paris, 1806. 1 fr. 50 c.

BAUMÈS. Traité de la Phthisie pulmonaire, connue vulgairement sous le nom de *maladie de poitrine*; 2e édition. Paris, 1805, 2 vol. in-8°, br. 12 fr.

BAYARD (Henry). Manuel pratique de **médecine légale**, par *M. Bayard*, docteur en médecine, inspecteur de la vérification des décès de la ville de Paris, médecin expert près les tribunaux. 1843, 1 vol. gr. in-18 jésus de 538 pages. 3 fr. 50 c.

BAYARD (Henry). Mémoire sur la topographie médicale du quatrième arrondissement de Paris; recherches historiques et statistiques sur les conditions hygiéniques des quartiers qui composent cet arrondissement. 1842, in-8, avec 3 cartes. 3 fr.

BELHOMME. Considérations sur l'appréciation de la folie, sa localisation et son traitement; accompagnées d'observations et d'autopsies, suivies d'un mémoire sur le tournis, considéré chez les animaux et chez l'homme. 1834-1839, in-8, br. 8 fr.

BELHOMME. Essai sur l'idiotie, propositions sur l'éducation des idiots, mise en rapport avec leur degré d'intelligence. 1824-1843, in-8., br. 2 fr.

BÉRARD (A.). Diagnostic différentiel des **tumeurs du sein**, par *A. Bérard*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris. 1842, in-8, br. 3 fr. 50 c.

BÉRARD. (A.) Maladies de la **glande parotide** et de la région parotidienne, opérations que ces maladies réclament. (*Concours de médecine opératoire.*) 1841, 1 vol. in-8 de 320 p. 4 pl. 4 f. 50 c.

— De la luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas, et de l'atlas sur l'axis. (Thèse du doctorat.) 1829, in-4. 2 fr. 50 c.

— Mémoire sur l'emploi de l'eau froide comme antiphlogistique dans le traitement des maladies chirurgicales. 1834, in-8. 1 fr. 50 c.

— Mémoire sur quelques tumeurs de la face. in-8. 1 fr.

— Mémoire sur le rapport qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec le corps de l'os. 1834, in-8. 50 c.

— Des causes qui retardent ou empêchent la consolidation des fractures et des moyens de l'obtenir. (Thèse de concours de pathologie externe.) 1833, in-4. 2 fr. 50 c.

BÉRARD. Doctrine médicale de l'École de Montpellier, et Comparaison de ses principes avec ceux des autres écoles d'Europe. 1819, 1 vol. in-8. 6 fr.

BÉRARD et LAVIT. Essai sur les anomalies de la variole et de la varicelle, avec l'histoire analytique de l'épidémie éruptive qui a régné à Montpellier en 1816. Montpellier, 1818, in-8°, 4 fr.

BERMOND. Considérations pratiques sur les rétrécissements du canal de l'urètre, suivies d'un essai sur les tubercules d'après les travaux cliniques de M. LALLEMAND. 1837, in-8, br. 3 fr.

BIOGRAPHIE MÉDICALE, faisant suite au Dictionnaire des sciences médicales, publiée par M. Panckoucke. 7 vol. in-8. 30 f.

BLANCHE. Danger des rigueurs corporelles dans le traitement de la folie. 1839. in-8, br. 2 fr.

BLANCHE. Etat actuel de la folie en France. 1840. in-8. br. 2 fr.

BLANDIN (P. F.) Parallèle entre la taille et la lithotritie. Paris, 1834, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50 c.

BLANDIN. Traité d'**anatomie topographique**, ou anatomie des régions du corps humain, considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire; 1834, 2e édit. augmentée. 1 fort vol. in-8, et atlas de 20 pl. in-fol. 23 fr.

Idem, avec fig. coloriées. 40 fr.

BLANDIN. De l'autoplastie, ou restauration des parties du corps qui ont été détruites, à la faveur d'un emprunt fait à d'autres parties plus ou moins éloignées. Paris, 1836, 1 vol. in-8°. 4 fr. 50 c.

BLAINVILLE. Cours de physiologie générale et comparée, professé à la Faculté des sciences de Paris. 1833, 3 vol. in-8. 18 fr.

BLAUD. Nouvelles Recherches sur la laryngo-trachéite, connue sous le nom de *croup*. 1823, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

BLAUD. L'Art médical, ou les vrais moyens de parvenir en médecine. Poème. 1843. 1 vol. in-8 de 250 pages. 3 fr. 50 c.

BLATIN. De la formation et du mode d'accroissement des dents. 1840, in-8, broché. 1 fr. 50 c.

BLATIN. Des enveloppes du fœtus et des eaux de l'amnios. 1840, in-8. 2 fr.

BLATIN. Essai sur le traitement médical et chirurgical des scrofules. 1840, in-8, br. 2 fr.

BLATIN et NIVET. Traité des maladies des femmes qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées, et tous les autres écoulements utéro-vaginaux. 1842, 1 vol. in-8. 7 fr.

BONNET. Traité des sections tendineuses et musculaires dans le strabisme, la myopie, la disposition à la fatigue des yeux, le bégaiement, les pieds-bots, les difformités du genou, les torticolis, les resserrements des mâchoires, les fractures, etc., suivi d'un Mémoire sur la névrotomie sous-cutanée, par *Bonnet*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 1841, 1 vol. in-8, avec 16 planches. 8 fr.

BOTTEX. De la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la législation criminelle. Paris, 1838, in-8, br. 3 fr.

BOUCHARDAT et AIMÉ. Manuel complet du baccalauréat ès-sciences physiques et mathématiques. 1838. 1 vol. grand in-18 de 750 pages, avec figures. 6 fr.

BOUCHARDAT. Nouveau **Formulaire magistral**, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un Précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un Mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contrepoisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par M. le docteur *Bouchardat*, pharmacien en chef de l'Hôtel Dieu, et agrégé de la Faculté de Médecine de Paris. 1845, 3e édition, avec les nouveaux poids et mesures. 1 vol. in-18, br. 3 fr. 50 c.

BOUCHARDAT. Cours des **sciences physiques**. 4 vol. gr. in-18 avec figures. 14 fr.

On vend séparément :

— PHYSIQUE. Avec ses principales applications. 1 vol. gr. in-18 de 500 pages, avec 106 fig. gravées sur bois et intercalées dans le texte. 1845, 2e édit. 3 fr. 50 c.

— CHIMIE. Avec ses principales applications aux arts et à l'industrie. 1 vol. gr. in-18 de 600 pages, avec 60 figures gravées sur bois et intercalées dans le texte. 1845, 2e édit. 3 fr. 50 c.

— HISTOIRE NATURELLE contenant la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie. 2 vol. grand in-18 de 700 pages, avec 318 figures intercalées dans le texte. 1844. 7 fr.

— ATLAS DE BOTANIQUE. Composé de 21 planches représentant 56 plantes pour servir de complément à l'Histoire Naturelle de M. Bouchardat. Prix : fig. noires. 2 fr. 50 c.
Fig. coloriées. 5 fr.

BOUCHARDAT. Eléments de matière médicale et de pharmacie, contenant la description botanique, zoologique et chimique, la préparation pharmaceutique, l'emploi médical et les doses des médicaments simples et composés ; avec des considérations étendues sur l'art de formuler et l'indication détaillée des recettes conte-

nues dans le *Codex* et les principales pharmacopées françaises et étrangères. 1839, 1 fort vol. in-8., de 750 pages avec fig. 7 fr.

BOUCHARDAT. Cours de **chimie élémentaire**, avec ses principales applications à la médecine et aux arts. 1 vol. in-8, de 850 pag. avec 4 pl. représentant les instruments de chimie. 9 fr.

BOUCHARDAT. **Annuaire de thérapeutique**, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1841, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1840, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'une monographie du diabétès sucré. 1 vol. gr. in-32 de 320 pages, 1841. 1 fr. 25 c.

— Le même pour 1842, suivi d'observations sur le diabétès, et d'un Mémoire sur une maladie nouvelle, *l'hippurie* et sur les iodures d'iodhydrates d'alcalis végétaux. 1 vol. gr. in-32. 1 fr. 25 c.

— Le même pour 1844, suivi d'un Mémoire sur la digestion, par MM. Bouchardat et Sandras. 1 vol. grand in-32, br. 1 fr. 25 c.

— Le même pour 1844, suivi de recherches et d'expériences sur les contre-poisons du sublimé corrosif, du plomb, du cuivre et de l'arsenic, par MM. Bouchardat et Sandras. 1 v. in-32, br. 1 fr. 25 c.

BOUDIN. Traité des fièvres intermittentes et continues des pays chauds et des contrées marécageuses, suivi de recherches sur l'emploi des préparations arsénicales. 1842, 1 vol. in-8. 5 fr.

BOUDIN. Essai de géographie médicale, ou Etude sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies, ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre elles, lois de coïncidence et d'antagonisme. 1843, in-8., br. 3 fr.

BOUISSON. De la bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides. 1843, 1 vol. in-8., avec 3 planches. 5 fr.

BOYER (Lucien). Recherches sur l'opération du strabisme. Mémoire présenté à l'Académie Royale des Sciences. 1842, 1 vol. in-8, avec 10 planches représentant 40 fig. 5 fr.

— Le même ouvrage, fig. coloriées. 8 fr.

BRACHET. De l'emploi de l'opium dans les phlegmasies des membranes muqueuses, séreuses et fibreuses; suivi d'un Mémoire sur les fièvres intermittentes. Paris, 1828, 1 vol. in-8°, br. 6 fr.

BRACHET. Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire et sur leur application à la pathologie. (Ouvrage couronné par l'Institut de France.) Paris, 1837, 2e édition, 1 vol. in-8°, br. 7 fr.

BRACHET. Recherches sur la nature et le siége de l'hystérie et de l'hypochondrie, et sur l'analogie et les différences de ces deux maladies. Paris, 1832, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50 c.

BRACHET. Mémoire sur l'asthénie. (Ouvrage couronné par la Société de Médecine de Bordeaux.) Paris, 1829, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50 c.

BRACHET. Traité pratique des convulsions dans l'enfance; 2e édition revue et augmentée. Paris, 1837, 1 vol. in-8. 7 fr.

BRACHET. Traité complet de l'HYPOCHONDRIE. (Ouvrage couronné par l'Académie Royale de Médecine. 1844, 1 volume in-8 de 760 pages. 9 fr.

BRAYER. Médecine simplifiée. Nouveau traitement prompt et facile des fièvres intermittentes, des congestions cérébrales et de l'apoplexie. 1841, in-8, br. 1 fr. 25 c.

BRAYER. Neuf années à Constantinople. Observations sur la topographie de cette capitale, l'hygiène et les mœurs de ses habitants, l'islamisme et son influence, la peste, ses causes, ses variétés, sa marche et son traitement, la non contagion de cette maladie, les quarantaines et les lazarets, avec une carte de Constantinople et du Bosphore. 1836, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

BRERA. Traité des maladies vermineuses, précédé de l'histoire naturelle des vers et de leur origine dans le corps humain. Traduit de l'italien par MM. Bertoli et Calvet, D. M. P. Paris, 1804, 1 vol. in-8°, avec 5 planches représentant 64 sujets. 5 fr. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. Considérations médico-légales sur l'interdiction des aliénés, présentées à l'Académie Royale des Sciences. Paris, 1830, in-8, br. 1 fr. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. Relation historique et médicale du Choléra-Morbus de Pologne. 1832, 1 vol. in-8. avec fig. 5 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. De la pellagre et de la folie pellagreuse; observations recueillies au grand hôpital de Milan. (*Mémoire lu à l'Académie des Sciences, dans la séance du 30 novembre* 1830.) 2e édition augmentée, 1834, in-8 2 fr 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. Mémoire pour l'établissement d'un hospice d'aliénés. (*Ouvrage couronné par la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.*) 1836, in-8, fig. br. 2 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. Manuel de médecine légale. 1835, 1 fort vol. in-18 broché. 2 fr. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. De la **menstruation** considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques. (*Ouvrage couronné par l'Académie Royale de Médecine dans la séance du 17 décembre* 1840.) 1842, 1 vol. in-8. 6 fr.

BROUSSAIS. (F. J. V.) Recherches sur la fièvre hectique, considérée dépendante d'une lésion d'action des différents systèmes, sans vice organique. Paris, 1803, in-8, broché. 2 fr.

BULLIARD. Dictionnaire élémentaire de botanique, revu par L. C. Richard, professeur de botanique à l'École de Médecine; précédé d'un Dictionnaire botanique latin-français, et orné de 20 planches gravées en taille douce. 1800, 1 volume. in-8. 3 fr. 50 c.

BUSSY et BOUTRON CHARLAT. Traité des moyens de reconnaître les falsifications des drogues simples et composées, et d'en constater le degré de pureté. 1829, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

CAFFE. Ophthalmie des armées, rapport à M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, sur l'ophthalmie régnante en Belgique, accompagné de considérations sur la statistique de ce pays. 1840, in-8, br. 2 fr.

CARRON DU VILLARDS. Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux. 1838, 2 vol. in-8 avec fig. 16 fr.

CERISE. Le médecin des salles d'asile ou manuel d'hygiène et d'éducation physique de l'enfance. Paris, 1836, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

CERISE. Des fonctions et des **maladies nerveuses**, de leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, morale et physique, ou essai d'un nouveau système de recherches physiologiques et pathologiques sur les rapports du physique et du moral. (*Ouvrage couronné par l'Académie Royale de Médecine dans la séance annuelle du 17 décembre 1840*). 1842, 1 vol. in-8. 7 fr.

CERISE. Exposé et examen critique du système phrénologique, considéré dans ses principes, dans sa théorie et dans ses conséquences. Paris, 1836, 1 vol. in-8, br. 4 fr. 50 c.

CHAILLY et GODIER. Précis de la rachidiorthosie, nouvelle méthode pour le redressement de la taille sans lits mécaniques ni opérations chirurgicales. 1842, in-8, br. 1 fr. 50 c.

CHARDEL. Esquisse de la NATURE HUMAINE, expliquée par le magnétisme animal; précédée d'un aperçu du système général de l'univers, et contenant l'explication du somnambulisme magnétique et de tous les phénomènes du magnétisme animal. 1826, 1 vol. in-8. 5 fr.

CHARDEL. Essai de PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE, ou Explication des relations de l'âme avec le corps, prouvées par le magnétisme animal; 3e édition, augmentée d'un Appendice ayant pour titre: *Notions puisées dans les phénomènes du somnambulisme lucide et les révélations de Swedenborg sur le mystère de l'incarnation des âmes et leur état pendant la vie et après la mort*. 1844, 1 vol. in-8. 6 fr.

CHARPIGNON. Physiologie, médecine, métaphysique du magnétisme. 1841, 1 vol. in-8. 5 fr.

CHARPIGNON. Etudes physiques sur le magnétisme animal, soumises à l'Académie des Sciences. 1843, in-8, br. 1 fr.

CHASSAIGNAC. Des Plaies de la tête (Thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale). 1842, in-8, br. 4 fr.

CHASSAIGNAC. De l'appréciation des appareils orthopédiques. (concours de médecine opératoire). 1841, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

CHASSAIGNAC. De la Circulation veineuse. 1836, in-8, br. 3 f. 50 c.

CHASSAIGNAC. Le Cœur, les Artères et les Veines. (Concours pour la chaire d'anatomie.) 1836, in-8, br. 3 fr. 50 c.

CHAUSSIER. Observations chirurgico-légales sur un point important de la jurisprudence criminelle. Dijon, 1790, in-8. 1 fr. 50 c.

CHAUSSIER. Médecine légale, recueil de mémoires, consultations et rapports contenant, 1° la manière de procéder à l'ouverture des corps et spécialement dans les cas de visites judiciaires; 2° plusieurs rapports judiciaires, suivis d'observations et remarques sur les omissions, les erreurs, les négligences, les obscurités, les vices de rédaction ou de raisonnement qui s'y rencontrent; 3° des rapports sur plusieurs cas d'empoisonnement; 4° des considérations médico-légales sur l'ecchymose, la contusion, la meurtrissure, les blessures, etc.; 1838, 1 vol. in-8, 6 pl. 6 fr.

CHAUSSIER. Considérations sur les convulsions qui attaquent les femmes enceintes; 2e édit., 1824, in 8, br. 1 fr. 25 c.

CHAUSSIER. Quelques considérations sur les soins qu'il convient de donner aux femmes pendant le travail ordinaire de l'accouchement; 1824, in-8. 1 fr. 25 c.

CHAUSSIER. Exposition sommaire de la structure et des différentes parties de l'Encéphale ou cerveau, suivant la méthode de la Faculté de médecine de Paris; 1807, 1 vol. in-8,6 planches. 6 fr.

CHÉLIUS. Traité de chirurgie. Traduit de l'Allemand, par Pigné, interne des hôpitaux de Paris. Paris, 1844, 2 vol in-8. 12 fr.

CHERVIN. Examen des principes de l'administration en matière sanitaire, ou réponse au discours prononcé à la chambre des députés, le 31 mai 1826, par M. de Boisbertrand. 1827, in-8, b. 3 f. 50 c.

CHOMEL. Leçons de **clinique médicale**, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées sous ses yeux par MM. les docteurs Genest, Requin et Sestier, 1834-1840, 3 vol in-8. 21 fr.
On vend séparément les tomes II et III. Prix de chaq. vol. 7 fr.

CHRESTIEN. Parallèle des affections inflammatoires et des affections catarrhales. 1839, in 8, br. 2 fr.

CHOPART. Traité des maladies des voies urinaires; nouvelle édition, revue, corrigée, augmentée de notes et d'un Mémoire sur les pierres de la vessie et sur la lithotomie; par Félix Pascal, D. M. P. Paris, 1830, 2 vol. in-8°, br. 7 fr.

CLARION. Nouveau précis des maladies des enfants. Lyon 1833, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50 c.

CLARION. Manuel médical, ou Précis de médecine pratique, contenant les causes, les symptômes et le traitement de toutes les maladies internes. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8°. 8 fr.

CLARK. Traité de la consomption pulmonaire, comprenant des recherches sur les causes, la nature et le traitement des maladies tuberculeuses et scrofuleuses en général, trad. de l'anglais, par H. Lebeau. 1837, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

CLOQUET. (H.) Traité complet de l'Anatomie de l'homme, comparée dans ses points les plus importants à celle des animaux, et considérée sous le double rapport de l'Histologie et de la Morphologie; 1 vol. in-4°, 100 planches. 40 fr.

COCHE. De l'opération médicale du recrutement et des inspections générales (renfermant toutes les questions d'aptitude et d'incapacité pour le service militaire). Paris, 1829, 1 vol. in-8. 6 fr.

COMBE (George). Traité complet de phrénologie, traduit de l'anglais par le docteur Lebeau. 2 forts volumes in-8 avec gravures sur bois et lithographiées. 1844. 17 fr.

COSTER. Manuel de médecine pratique basée sur l'expérience, et suivi de deux tableaux synoptiques des empoisonnements. Paris, 1837, 1 vol. in-18, br. 3 fr. 50 c.

CUNIER (Florent). Histoire d'une héméralopie héréditaire depuis deux siècles dans une famille de la commune de Vendemian, près Montpellier. In-8, avec 5 tableaux synoptiques. 2 fr. 50 c.

CUNIER. Lettres à M. le professeur Serre, de Montpellier, sur l'emploi des verres de lunettes dans le traitement de quelques affections oculaires. 1842, in-8, br. 1 fr. 25 c.

CUNIER. Annales d'oculistique, commencées en 1837. 12 cahiers ou 2 volumes in-8 par an. 16 fr.
11 volumes sont déjà publiés (le tome 1er in-4° est très rare).

CUNIER. Revue ophthalmologique de la litterature médicale des années 1840, 1841. 1 vol. in-18, br. 1842. 4 fr.

CUNIER. Revue ophthalmologique de la littérature médicale pour 1842. 1 vol. in-18, br. 1843. 4 fr.

DAGOUMER. Précis historique de la fièvre, rattaché à l'histoire philosophique de la médecine. Paris, 1831, in-8°, br. 3 fr.

DE CANDOLLE. Organographie végétale, ou Description raisonnée des organes des plantes. 2 vol. in-8, avec 60 planches représentant 422 figures. 12 fr.

DELEAU. Tableau de guérisons de surdité, opérées par le cathétérisme de la trompe d'Eustache; suivi d'une lettre adressée à l'Académie de Médecine. Paris, 1827, in-8°, br. 1 fr. 50 c.

DELEAU. Recherches pratiques sur les maladies de l'oreille et sur le développement de l'ouïe et de la parole chez les sourds-muets; *Maladies de l'oreille moyenne*; 1838, 1 vol. in-8, fig. 8 fr.

DELEAU. L'ouïe et la parole rendues à Honoré Trezel, sourd-muet de naissance. précédé d'un rapport fait à l'Académie des Sciences. 1825, in-8. 1 fr. 50 c.

DELEUZE. Mémoire sur la faculté de **prévision**, avec des notes et des pièces justificatives et avec une certaine quantité d'exemples de prévision recueillis chez les anciens et les modernes. 1836, in-8, br. 2 fr. 50 c.

DESGENETTES. Histoire médicale de l'armée d'Orient. 3e édit. 1835, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

DESMARRES. Mémoire sur une méthode d'employer le nitrate d'argent dans quelques ophthalmies. 1842, in-8. 2 fr.

DESMARRES. Ophthalmologie pratique, ou Traité des **Maladies des Yeux**, considérées sous le rapport du diagnostic et du traitement; par le docteur Desmarres, professeur de clinique ophthalmologique. 1845, 1 vol. in-8. (*Sous presse.*)

DESMYTTERE. Tableaux synoptiques d'histoire naturelle médicale et pharmaceutique, ou Phytologie et Zoologie envisagées sous les rapports anatomiques, physiologiques, taxonomiques, chimiques, pharmaceutiques et thérapeutiques; 2e édit. 1833, 1 vol. grand in-8, avec 600 figures gravées, représentant les caractères des ordres, et les familles du règne organique. 9 fr.

Le même ouvrage, sept feuil. satin., sur papier gr.-aigle. 18 fr.

DESPINE père. De l'emploi du magnétisme animal, des eaux minérales, etc., dans le traitement des maladies nerveuses, avec une observation très curieuse de guérison de névropathie. 1840. 1 vol. in-8. 7 fr.

DESPRÉS. Des Divisions congéniales des lèvres, de la voûte et du voile du palais. 1842, in-8, br. 2 fr.

DEVAL. Chirurgie oculaire, ou Traité des opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'œil et ses annexes, avec un exposé succinct des différentes altérations qui les réclament. (Ouvrage contenant la pratique opératoire de MM. les professeurs Jaeger et Rosas). 1 fort vol. in-8, avec 133 figures représentant un grand nombre d'instruments et les principaux procédés opératoires. 1844. 8 fr.

DEVERGIE (aîné). Clinique des maladies syphilitiques, enrichie d'observations communiquées par MM. Cullerier, Bard, Gama, Desruelles, etc. 1826 à 1831, 1 vol. in-4, br. 12 fr.

— Le même ouvrage, avec un Atlas de 126 planches col. 200 fr.

DEVERGIE (aîné). Recherches historiques et médicales sur l'origine, la nature et le traitement de la syphilis. 1834, in-8, br. 1 fr. 50 c.

DEVERGIE (aîné). Notice sur le traitement simple, antiphlogistique et rationnel des maladies syphilitiques. 1835, in-8, br. 1 f. 50 c.

DEVERGIE (aîné). Mémoire sur un nouveau traitement du catarrhe chronique de la vessie. 2e édit., 1840, in-8, 3 fr.

DEVERGIE (aîné). Mémoire sur l'incontinence d'urine et sur son traitement rationnel par la méthode des injections. 1840, in-8, broché. 2 fr. 50 c.

DEVERGIE (aîné). Première lettre sur la syphilis, ou examen critique des opinions de M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens (revue syphilitique de 1801 à 1840), in-8, br. 1 fr.

DEVERGIE (aîné). Deuxième lettre sur la syphilis. Danger de la cautérisation des ulcères vénériens primitifs; inoculation du virus vénérien, son danger, ses conséquences. 1841, in-8, br. 1 fr.

DEVERGIE (Alph.). Médecine légale, théorique et pratique; par *Devergie*, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur de médecine légale et de chimie médicale, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par J. B. F. Dehaussy de Robécourt, conseiller à la Cour de cassation. 1840, 3 vol. in-8, 2e édition, très augmentée. 21 fr.

DOUBLE. Traité du croup. 1811, 1 vol. in-8. 6 fr. 50 c.

DOUBOVITZKI. Reproduction fidèle des discussions qui ont eu lieu sur la lithotripsie et la taille à l'Académie royale de médecine en 1835, à l'occasion d'un rapport de M. Velpeau, sur ces deux opérations. 1835, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

DUBOIS (d'Amiens). Traité de **pathologie générale**, par E. Fréd. *Dubois* (d'Amiens) membre de l'Académie royale de Médecine, agrégé à la Faculté de méd. de Paris, 1837, 2 vol. in-8. 14 fr.

DUBOUCHET. Maladies des voies urinaires, contenant les rétentions d'urine; les rétrécissements de l'urètre; les abcès, les ulcérations, l'atrophie, le squirrhe, le cancer et les calculs de la glande prostate; le catarrhe, la faiblesse, le spasme ou la névralgie et la paralysie de la vessie; les accidents produits par les fausses routes, les engorgements prostatiques, les dépôts et fistules urinaires; l'incontinence d'urine; l'hématurie ou pissement de sang; la blennorrhagie et les engorgements des testicules; les écoulements anciens et urétro-prostatiques; les maladies des vésicules séminales et des conduits spermatiques; les pertes séminales et les pollutions nocturnes; l'impuissance; les maladies des reins et des uretères; le diabètes sucré ou glucosurie; la gravelle et les calculs de la vessie; suivies d'observations pratiques. 8e édit. considérablement augmentée avec 2 planches, 1844. 1 fort volume in-8. 5 fr.

LEÇONS ORALES
DE
CLINIQUE CHIRURGICALE,

FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS,

PAR M. LE BARON **DUPUYTREN**,

Chirurgien en chef;

recueillies et publiées

par MM. les Docteurs BRIERRE DE BOISMONT et MARX.

SECONDE ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE. 1839.

6 vol. in-8. — 36 fr.

POUR LES POSSESSEURS DE LA PREMIÈRE ÉDITION ON VEND SÉPARÉMENT LES TOMES 5 et 6 (*Blessures par armes de guerre*). 12 fr.

DUBOUCHET. Traité sur le catarrhe utérin, ou les flueurs blanches; de leurs causes, de leurs effets, de leur traitement curatif et des moyens hygiéniques. 1825. 1 vol. in-8. 4 fr. 50 c.

DUPARCQUE. Traité des maladies de la matrice, par F. Duparcque, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1839, 2 vol. in-8. 12 fr.

Le tome premier (couronné par la Société Royale de Médecine de Bordeaux) contient les ALTÉRATIONS ORGANIQUES SIMPLES ET CANCÉREUSES DE LA MATRICE; 2e édition considérablement augmentée. Prix, séparément. 7 fr.

Le tome deuxième (couronné par la Société Médicale d'Émulation de Paris) comprend l'HISTOIRE COMPLÈTE DES RUPTURES ET DES DÉCHIRURES DE LA MATRICE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE. Prix, séparément. 7 fr.

DUPEAU. Lettres physiologiques et morales sur le magnétisme animal, contenant l'exposé critique des expériences les plus récentes et une nouvelle théorie sur les causes, les phénomènes et les applications à la médecine. Paris, 1826, 1 vol. in-8, br. 3 f. 50 c.

DUPOTET. Cours de magnétisme en sept leçons, 2e édition, augmentée du Rapport sur les expériences magnétiques faites par la commission de l'Académie Royale de Médecine en 1831, 1840, 1 vol. in-8, br. 6 fr. 50 c.

DUFRESSE-CHASSAIGNE. Traité du strabisme et du bégaiement, suivi de quelques considérations nouvelles sur la guérison de la myopie, de l'amaurose par rétraction musculaire, et du mouvement convulsif des yeux par la division des muscles de l'œil. 1841, in-8., br. 2 fr.

EBENEZER GILCHRIST. Utilité des voyages sur mer, pour la cure de différentes maladies et notamment de la consomption, avec un appendice sur l'usage des bains dans les fièvres. Traduit de l'anglais. Paris, 1770, 1 vol. in-12, br. 2 fr. 50 c.

ETOC-DEMAZY. Recherches statistiques sur le suicide, appliquées à l'hygiène publique et à la médecine légale. 1844, 1 vol. in-8. 4 fr. 50 c.

DICTIONNAIRE
DES
DICTIONNAIRES DE MÉDECINE
FRANÇAIS ET ÉTRANGERS,

OU

TRAITÉ COMPLET DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE TOXICOLOGIE ET DE MÉDECINE LÉGALE, ETC.;

contenant

l'Analyse des meilleurs articles qui ont paru jusqu'à ce jour dans les différents dictionnaires et les traités spéciaux les plus importants;

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

Sous la direction du docteur **Fabre**,

rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

8 forts vol. grand in-8, sur deux colonnes, imprimés sur beau papier cavalier, et en caractères neufs. 50 fr.

FABRE. Némésis médicale, recueil de satires; 2e édition, corrigée, avec 30 vignettes par Daumier. 1840, 2 vol. in-8. 12 fr.

FALRET. De l'hypochondrie et du suicide. Observations sur les causes, le siége et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès et d'en prévenir le développement. 1822, 1 vol. in-8. 12 fr.

FAURE-VILLAR. Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale, observée à l'hôpital militaire de Versailles en 1839. In-8, br. 1844. 2 fr.

FLOURENS. Cours sur la **génération**, l'**ovologie** et l'**embryologie**, fait en 1836, au Muséum d'histoire naturelle, recueilli et publié par M. Deschamps, aide-naturaliste au Muséum. 1 vol. in-4, avec 10 planches. 6 fr.

FODÉRÉ. Essai médico-légal sur les diverses espèces de folie vraie, simulée et raisonnée, sur leurs causes et les moyens de les distinguer, sur leurs effets *excusants* ou *atténuants* devant les tribunaux, et sur leur association avec les penchants au crime et plusieurs maladies physiques et morales. 1832, 1 vol. in-8. 5 fr.

FODÉRÉ. Essai théorique et pratique de pneumatologie humaine, ou Recherches sur la nature, les causes et le traitement des flatuosités; suivi de recherches sur les causes et la formation de divers cas d'aberration et de perversion de la sensibilité, tels que l'*extase*, le *somnambulisme*, la *magi-manie* et autres vesanies, et sur les effets qui s'en sont suivis. 1829, 1 vol. in-8, br. 4 fr.

FOSSATI. Manuel pratique de **phrénologie**. 1845, 1 vol. gr. in-18 avec 40 figures intercalées dans le texte. 6 fr.

FOURCROY. Entomologia parisiensis, sive Catalogus insectorum quæ in agro parisiensi reperiuntur, secundùm methodum Geoffræanam in sectiones, genera et species distributus, cui addita sunt nomina trivialia et ferè trecentæ novæ species. 1785, in-18, b. 3 fr.

FOY. Traité de **matière médicale** et de **thérapeutique** appliquée à chaque maladie en particulier. 1843, 2 forts vol. in-8. 14 fr.

FOY. Formulaire des **médecins praticiens**, contenant les formules des hôpitaux civils et militaires français et étrangers; l'examen

et l'interrogation des malades; un *Mémorial raisonné de thérapeutique*; les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés; la classification des médicaments d'après leurs effets thérapeutiques; un tableau des substances incompatibles; l'art de formuler; par M. le docteur FOY, pharmacien en chef de l'Hôpital Saint-Louis de Paris. 1843, 4e édition augmentée d'un supplément pour les médicaments nouveaux et les nouvelles formules, et d'une table alphabétique des auteurs et des matières; avec *les anciens et les nouveaux poids décimaux.* 1 vol. in-18. 3 fr. 50 c.

FOY. Manuel de PHARMACIE théorique et pratique, contenant la récolte, la dessiccation, l'extraction, la conservation et la préparation de toutes les substances médicamenteuses, suivi d'un abrégé de l'art de formuler et d'un tableau synoptique de la synonimie chimique et pharmaceutique. 1838, 1 vol. in-18 de 500 pages, avec fig. 3 fr. 50 c.

FOY. Manuel d'**hygiène publique** et **privée** 1845. 1 vol. grand in-18. 3 fr. 50 c.

GAIRAL. Du Strabisme proprement dit ou vue louche, de ses causes et de son traitement curatif. 1840, in-8, br. 2 fr. 50 c.

GALLET. Le corps de l'homme; traité d'anatomie et de physiologie humaines, destiné aux médecins et aux élèves. 1835 à 1841, 4 vol. in-4, avec 192 fig. noires. 60 fr.

— Le même ouvrage, fig. col. 140 fr.

GALLOT. Recherches sur la teigne, suivies des moyens curatifs nouvellement employés pour la guérison de cette maladie. Paris, 1803, in-8, br. 2 fr.

GAMA. Traité des plaies de tête et de l'encéphalite, principalement de celle qui leur est consécutive; ouvrage dans lequel sont discutées plusieurs questions relatives aux fonctions du système nerveux en général; 2e édition augmentée, 1835, 1 vol. in-8°. 8 fr.

GAUSSAIL. De la fièvre typhoïde, de sa nature et de son traitement. Paris, 1839, in-8, br 3 fr. 50 c.

GAUTHIER. Examen historique et critique des nouvelles doctrines médicales sur le traitement de la syphilis. 1843, in-8, br. 2 fr. 50 c.

GAUTHIER (Aubin). Introduction au **magnétisme animal**. Examen de son existence depuis les anciens jusqu'à l'époque actuelle, sa théorie, sa pratique, ses avantages, ses dangers, etc. 1840, 1 vol. in-8. 6 fr.

GAUTHIER (Aubin). Histoire du **somnambulisme** chez tous les peuples, sous les noms divers d'extases, songes, oracles et visions; examen des doctrines théoriques et philosophiques de l'antiquité et des temps modernes, sur ses causes, ses effets, ses abus, ses avantages, et l'utilité de son concours avec la médecine. 1842, 2 vol. in-8. 10 fr.

GAUTHIER (Aubin). Le **magnétisme catholique**, ou Introduction à la vraie pratique, et réfutation des opinions de la médecine sur le magnétisme, ses principes, ses procédés et ses effets. 1844. 1 vol. in-8. 5 fr.

GAUTHIER (Aubin). Traité pratique du **magnétisme** et du **somnambulisme** 1845. 1 fort volume in-8. 7 fr.

GELEZ. Histoire générale des membranes séreuses et synoviales,

des bourses muqueuses et des kystes, sous le rapport de leur structure, de leurs fonctions, de leurs affections et de leur traitement, avec la découverte d'un grand nombre de séreuses et de nouveaux siéges de maladies. 1845, 1 vol. in-8. 6 fr.

GENDRIN. Traité philosophique de **médecine pratique**, par A.-N. Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié; 3 vol. in-8. 21 fr.

GENDRIN. De l'influence des âges sur les maladies. (Thèse de concours pour la chaire de pathologie interne.) 1840, in-8. 2 fr.

GENDRIN. Histoire anatomique des Inflammations. Paris, 1826, 2 vol. in-8, br. 16 fr.

GENDRIN. Leçons sur les **maladies du cœur** et des **grosses artères**, recueillies et publiées sous ses yeux par MM. Colson et Dubreuil-Hélion. 1842, tome I, 1 vol. in-8. 7 fr.

GENDRON. Mémoire sur les fistules de la glande parotide et de son conduit excréteur. Paris, 1820, in-8, br. 1 fr. 25 c.

GIBERT. Traité pratique des **maladies de la peau**, enrichi d'observations et de notes nombreuses, puisées dans les meilleurs auteurs et dans les cliniques de l'hôpital Saint-Louis. Par M. C. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1840, 2e édition, 1 vol. in 8 de 500 pages. 6 fr.

GIBERT. Manuel pratique des **maladies vénériennes**, par C. M. Gibert, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1837. 1 vol. gr. in-18 de 710 pages. 6 fr.

GIBERT. Remarques pratiques sur les ulcérations du col de la matrice, et sur l'abus du speculum uteri dans le traitement de cette maladie. 1837, in-8, fig. col. 1 fr. 50 c.

GINTRAC. Observations et recherches sur la cyanose ou maladie bleue. Paris, 1824, 1 vol. in-8. 4 fr.

GINTRAC. Observations sur les principales eaux sulfureuses des Pyrénées, faites dans le mois d'août 1841, in-8, br. 1 fr. 50 c.

GINTRAC. Mémoires et observations de médecine clinique et d'anatomie pathologique. Bordeaux, 1830, 1 vol. in-8, fig. 4 fr.

GIRARDIN et LECOQ. Éléments de minéralogie appliquée aux sciences chimiques, ouvrage basé sur la méthode de M. Berzélius, contenant l'histoire naturelle et métallurgique des substances minérales, leurs applications à la pharmacie, à la médecine et à l'économie domestique, suivi d'un précis élémentaire de géognosie. 1837, 2 vol. in-8, fig., br. 7 fr.

GIRAUDEAU DE SAINT-GERVAIS. Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies de la peau. 1842, 1 vol. in-8 de 672 pag. avec 30 figures coloriées. 6 fr.

GIRAUDEAU DE SAINT-GERVAIS. Traité des maladies syphilitiques, ou étude comparée des principales méthodes qui ont été mises en usage pour guérir les affections vénériennes; suivi de réflexions pratiques sur les dangers du mercure et sur l'insuffisance des antiphlogistiques; terminé par des considérations hygiéniques et morales sur la prostitution, 2e édition, augmentée. 1840. 1 fort vol. in-8, avec 25 fig. coloriées. 6 fr.

GONDRET. Mémoire concernant les effets de la pression atmosphérique sur le corps humain, et l'application de la ventouse dans différents ordres de maladies. Paris, 1819, in-8, br. 3 fr.

GROSOURDY. Traité de chimie considérée dans ses applications à la médecine, tant théoriques que pratiques (*ouvrage spécialement destiné aux Élèves en médecine et en pharmacie*). 1839, 2 vol. in-8, fig. 14 fr.

GUÉPIN. Mémoire sur la pupille artificielle. 1842, in-18, br., fig. 1 fr. 50 c.

GUERBOIS. Des complications des plaies après les opérations, contenant le tétanos, la commotion, la douleur, la phlébite, l'érysipèle et le phlegmon, les hémorrhagies, la carie et la nécrose, la gangrène, l'inflammation, la suppuration, la résorption, la pourriture d'hôpital. 1836, in-8°, br. 2 fr. 50 c.

GUISLAIN (J.). Traité sur l'Aliénation Mentale et sur les hospices des aliénés. (Ouvrage couronné et publié par la Commission de surveillance médicale dans la province du Nord-Hollande.) Amsterdam, 1826. 2 vol. in-8 avec 12 planches. 30 fr.

Cet ouvrage est très rare. J'en possède un très petit nombre d'exemplaires.

GUYOT (Jules). De l'emploi de la **chaleur** dans le traitement des ulcères, des plaies, des plaies après les amputations et les grandes opérations chirurgicales, de l'hystérie, des maladies de la peau, du rhumatisme, de la péritonite puerpérale, de l'œdème, du phlegmon, de l'érysipèle et des tumeurs blanches. 1842, 1 vol. in-8 de 270 pages, avec 18 fig. 5 fr.

HALLER. Auctarium ad elementa physiologiæ corporis humani. Lausannæ, 1782, 4 fascicules in-4. 15 fr.

HAMILTON. Observations sur les avantages et l'emploi des purgatifs dans plusieurs maladies; trad. de l'anglais par le docteur Lafisse. 1825, 1 vol. in-8, br. 3 fr. 50 c.

HEBERT. Des substances alimentaires et des moyens d'en régler le choix et l'usage pour conserver la santé, pour favoriser la guérison des maladies de longue durée, et pour tirer parti de l'influence que l'alimentation peut exercer sur le caractère l'intelligence, les passions, etc. 1842, 1 vol. in-8. 5 fr.

HIPPOCRATE. Aphorismes, pronostics et prorrhétiques, traduits d'après la collation de 22 manuscrits et des interprètes orientaux, par Lefebvre de Villebrune. Paris, 1786, in-18, br. 1 fr. 50 c.

HÉBRAY (A.). De l'influence de l'alimentation insuffisante sur l'économie animale. Paris, 1829, in-4, br. 1 fr. 50 c.

HOERING. Recherches sur la nature et le siége de la cataracte (Mémoire couronné au concours des Annales d'oculistique pour 1841-1842). 1843, in-8, br., fig. 2 fr. 50 c.

HUBERT-VALLEROUX. Mémoire sur l'abus et les dangers de la perforation de la membrane du tympan, considérée comme moyen curatif de la surdité. 1843, in-8, br. 2 fr.

HUMBERT. Manuel pratique des maladies de la peau, appelées *syphilides*, d'après les leçons cliniques de M. Biett. Paris, 1833, 1 vol. in-18 de 220 pages. 2 fr.

HUTIN (Ph.). Examen pratique des maladies de matrice, sous les

points de vue de leurs causes et de leur fréquence à notre époque, de leur diagnostic, de leur traitement et des moyens hygiéniques de les prévenir. 1840. 1 vol. in-8. 4 fr.

IMBERT. Traité pratique des **maladies** des **femmes**, par F. IMBERT, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur de l'École secondaire de médecine de Lyon; 1840, 1 vol. in-8. 6 fr.

JACQUEMIER. Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'utérus humain pendant la gestation, et sur l'utérus utéro-placentaire, pour servir à l'histoire des hémorrhagies utérines, du part prématuré et abortif. 1839, in-8, br. 2 fr.

JAMAIN. Manuel de **petite chirurgie**, contenant les pansements, les bandages, les cautères, les vésicatoires, les moxas, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères; les appareils de fractures, le cathétérisme, la réduction des hernies, l'arrachement des dents, etc.; par le docteur Jamain, ancien interne des hôpit. de Paris. 1845, 1 vol. gr. in-18 de 624 p. 3 fr. 50c.

JOBERT (de Lamballe). Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal (ouvrage couronné en 1829 par l'Institut de France). 1829, 2 vol. in-8. 12 fr.

JOBERT (DE LAMBALLE). Plaies d'armes à feu, Mémoire sur la cautérisation, et description du speculum à bascule. Paris, 1833, 1 vol. in-8, avec 2 fig. 7 fr. 50 c.

JOBERT (de Lamballe). Etudes sur le système nerveux. 1838, 2 vol. in-8. 12 fr.

JOSAT. De la tympanite, de ses complications et de son traitement. 1840, in-4, br. 2 fr. 50 c.

KRAMER. Traité des **maladies de l'oreille**, trad. de l'allemand, par le docteur BELLEFROID. 1841, 1 vol. gr. in-18. fig. 4 fr. 50 c.

KUNCKEL. Considérations hygiéniques et pratiques sur les maladies de la peau, précédées d'une introduction sur l'application des sels cuivriques. 1840, 1 vol. in-8. 6 fr.

LACÉPÈDE. Vue générale des progrès de plusieurs branches des sciences naturelles, depuis la mort de Buffon. 1818, in-8, 3 f. 50 c.

LACORBIERE. Traité du froid; de son action et de son emploi, intus et extra, en hygiène, en médecine et en chirurgie. 1836, 1 vol. in-8 de 726 pages. 8 fr.

LACOUR. Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré. 1844, in-4, br. 2 fr. 50 c.

LACROIX (Édouard). Traité de l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus. 1844, in-8. 3 fr. 50 c.

LACROIX (Edouard). Monographie des plaies pénétrantes des articulations. 1839, in-4, br. 2 fr.

LALLEMAND (de Montpellier). Observations pathologiques propres à éclairer plusieurs points de physiologie, contenant des mémoires sur la conception extra-utérine, sur la communication entre deux placentas réunis en une seule masse dans quelques cas de grossesse, sur les fonctions des différentes parties du système nerveux, sur le vomissement, sur la digestion. Paris, 1825, 2e édition, 1 vol. in-8, avec 2 planches. 3 fr.

LAFONT-GOUZI. Traité du magnétisme animal, considéré sous le rapport de l'hygiène, de la médecine légale et de la thérapeutique. 1839, in-8, br. 3 fr.

LAMARCK (J.-B. P.-A.) Philosophie zoologique, ou exposition des considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux; à la diversité de leur organisation et des facultés qu'ils en obtiennent; aux causes physiques qui maintiennent en eux la vie et donnent lieu aux mouvements qu'ils exécutent; enfin à celles qui produisent, les unes le sentiment, et les autres l'intelligence de ceux qui en sont doués. Nouvelle édition. Paris, 1830, 2 vol. in-8. 12 fr.

LAMARCK (J.-B. P.-A.) Système analytique des connaissances positives de l'homme, restreintes à celles qui proviennent directement ou indirectement de l'observation. 1830, 1 vol. in-8. 6 fr.

LAUGIER. Des cals difformes et des opérations qu'ils réclament (Thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire). 1841, in-8, fig., br. 2 fr. 50 c.

LAUGIER. Des rétrécissements de l'urètre et de leur traitement. Paris, 1836, in-4°, br. 2 fr. 50 c.

LANDOUZY. Mémoire sur l'épidémie de typhus carcéral qui a régné à Reims en 1839 et 1840. 1842. in-8. br. 2 fr.

LANDOUZY. Mémoire sur les procédés acoustiques de l'auscultation et sur un nouveau mode de stéthoscopie applicable aux études cliniques. 1841. in-8. 1 fr. 25 c.

LEBER. Scorbut épidémique des prisons. 1840, in-8, br. 1 fr. 50 c.

LEBRETON. Recherches sur les causes et le traitement de plusieurs maladies des nouveau-nés 1819, in-8, br. 2 fr.

LECOQ. Le Mont-d'Or et ses environs, ou remarques sur la structure et la végétation de ce groupe de montagnes; observations sur les eaux, le climat, l'agriculture, etc. 1835, 1 fort vol. in-8°, fig., br. 8 fr.

LECOQ. Vichy et ses environs, ou description des eaux thermales et des sites pittoresques qui les entourent, avec des considérations sur l'action médicale des eaux. 1836, 1 vol. in-8, br., fig. 5 fr.

LECOQ ET BOISDUVAL. Taxidermie enseignée en dix leçons, ou art d'empailler les oiseaux, les quadrupèdes, les reptiles et les poissons. 1826, 1 vol. in-12, fig. 3 fr. 50 c.

LEFOULON. Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste. 1 vol. in 8 de 524 pages, avec 130 fig. gravées sur bois et intercalées dans le texte. 1841. 7 fr.

LELUT. Du démon de Socrate, spécimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire, augmenté d'un mémoire sur les hallucinations au début de la folie, d'observations sur la folie sensoriale et de recherches des analogies de la folie et de la raison. Paris, 1836, 1 vol. in-8 de 366 pages. 3 fr. 50 c.

LE MAGNÉTISME ET LE SOMNAMBULISME devant les Corps Savants, la Cour de Rome et les Théologiens, par M. l'abbé J.-B. L., prêtre, ancien élève en médecine. 1844, 1 fort vol. in-8. 7 fr.

LEMBERT. Essai sur la méthode endermique (lu à l'Académie Royale des Sciences). Paris. 1828, in-8, br. 2 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe). Traité de l'érysipèle et des dif-

férentes variétés qu'il peut offrir; renfermant toutes les opinions des auteurs sur cette maladie, sa théorie naturelle, ses causes, ses symptômes, ses complications et l'exposition des diverses méthodes conseillées pour son traitement, enfin la description particulière de chacune de ses espèces et des faits à l'appui de tous les principes établis, 1836, 1 vol. in-8. 4 fr. 50 c.

LEPELLETIER (de la Sarthe). Traité de **physiologie médicale** et philosophique. 1839, 4 vol. in-8, avec 12 pl. et des tableaux synoptiques. 12 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe). Des hémorroïdes et de la chute du rectum. Paris, 1834, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

LEPELLETIER (de la Sarthe). Traité complet sur la maladie scrofuleuse et les différentes variétés qu'elle peut offrir : ouvrage renfermant toutes les opinions des auteurs sur cette affection. Paris, 1830, 1 vol. in-8, br. 7 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe). De l'emploi du tartre stibié à haute dose, dans le traitement des maladies en général, dans celui de la pneumonie et du rhumatisme en particulier, 1835, in-8. 3 fr. 50 c.

LEPOUTRE et PETIT. Traité de jurisprudence médicale, tendant à organiser les différentes branches de l'art de guérir; accompagné de la réfutation des erreurs et injustices contenues dans le projet de loi des praticiens de Bruxelles. 1841, in 8, br. 3 fr.

LEREBOURS. Avis aux mères qui veulent nourrir leurs enfants. 5e éd. corrigée. Paris, an VII, 1 vol. in-18, br. 1 fr. 50 c.

LEURET ET LASSAIGNE. Recherches physiologiques et chimiques pour servir à l'histoire de la digestion. 1825, in-8°. 4 fr. 50 c.

LEVRAT-PERROTON. Recherches et observations sur l'emploi thérapeutique du seigle ergoté. Paris, 1837, in-8, br. 3 fr.

LEVRET. Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, de la gorge et du nez, opérée par de nouveaux moyens inventés; 1771, 3e édit. 1 vol. in-8 avec 6 pl. 6 fr.

LIND. Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds et les moyens d'en prévenir les suites, trad. de l'anglais par Thion de la Chaume. 1785, 2 vol. in-12, br. 6 fr.

LIPPI (REGULUS). Illustrazioni fisiologiche e patologiche del systema linfatico chilifero mediante la scoperta di un gran numero di communicazioni di esso col venoso. 1825, 1 vol. in-4, et atlas de fig. in-fol. 22 fr.

LISFRANC. Des diverses méthodes et des différents procédés pour l'oblitération des artères dans le traitement des anévrismes, de leurs avantages et de leurs inconvénients respectifs; suivies de quelques recherches sur l'histoire chirurgicale des anévrismes, en réponse à M. Dezeimeris. Paris, 1834, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

LISFRANC. Maladies de l'**utérus**, d'après les leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié; par le docteur PAULY. Paris, 1836, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

LONDE (C.) Gymnastique médicale, ou l'exercice appliqué aux organes de l'homme, d'après les lois de la physiologie, de l'hygiène et de la thérapeutique. Paris, 1821, in-8, br. 4 fr.

MALGAIGNE. Mémoires sur les fractures et les luxations, conte-

nant : 1° Recherches historiques et pratiques sur les appareils employés dans le traitement des fractures en général; 2° Etudes statistiques sur les fractures et les luxations; 3° Fractures des cartilages sterno-costaux, des côtes, du col du fémur, de la rotule; 4° Études statistiques sur les résultats des amputations dans les hôpitaux de Paris. 1839-1842, 1 vol. in-8. 7 fr.

On vend séparément : — Recherches historiques et pratiques sur les appareils dans le traitement des fractures. 1841, in-8, br. 3 fr.

— Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement. 1836, in-8. 2 fr.

— Etudes statistiques sur les luxations. 1841. in 8, br. 1 fr. 25 c.

— De quelques dangers du traitement ordinaire des fractures du col du fémur. 1841. in-8. 75 c.

— Recherches sur les fractures des cartilages sterno-costaux et sur leur traitement. 1841. in-8. 75 c.

— Recherches sur les variétés et le traitement des fractures des côtes, 1838, in-8. 2 fr.

— Études statistiques sur les fractures et les luxations. 1839, in-8, br. 1 fr. 50 c.

— Etudes statistiques sur les résultats des amputations dans les hôpitaux de Paris. 1842, in-8, br. 2 fr.

MALGAIGNE. Leçons cliniques sur les hernies. 1839-1840; 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

—2e Mémoire sur les étranglements herniaires. 1841; in-8 br. 2 fr.

MALGAIGNE. Etudes statistiques sur les étranglements herniaires et sur l'opération de la hernie étranglée. 1842; in-8 br. 1 fr. 25 c.

— Recherches statistiques sur la fréquence des hernies. 1840 in-8 br. fig. 2 fr.

MALGAIGNE. Mémoires de chirurgie, contenant: 1° Coup d'œil sur la médecine et la chirurgie en Pologne; 2° Souvenirs cliniques de l'hôpital Saint-Louis; 3° Ponction dans l'hydrocéphale chronique; 4° Traitement des grands emphysèmes traumatiques; 5° Mémoire sur un nouveau moyen de prévenir l'inflammation après les grandes lésions traumatiques, et spécialement après les opérations chirurgicales; 6° Lettres sur l'histoire de la chirurgie, suivies des Etudes sur l'anatomie et la physiologie d'Homère. 1832 à 1842; in-8 br. 7 fr.

— *On vend séparément:* — Du traitement des grands emphysèmes traumatiques. 1842; in-8 br. 1 fr.

— Mémoire sur un nouveau moyen de prévenir l'inflammation après les grandes lésions traumatiques et spécialement après les opérations chirurgicales. 1841; in 8 br. 1 fr. 50 c.

— Lettres sur l'histoire de la chirurgie, suivies des études sur l'anatomie et la physiologie d'Homère. 1842; in-8 br. 2 fr. 50 c.

— Ponction dans l'hydrocéphale chronique. 1840; in-8 br. 50 c.

MALGAIGNE. Manuel de **médecine opératoire**, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique. 1843, 1 vol. gr. in-18 de 780 pages. 4e édition considérablement augmentée. 6 fr.

MALGAIGNE. Nouvelle théorie de la voix humaine. 1831, in-8, br. 1 fr. 50 c.

MANEC. Anatomie analytique, Nerf grand sympathique; feuille gr. in-fol., dessiné par Jacob. 1836, 3e éd. 6 fr. 50 c. Fig. col. 13 fr.

MANEC. Recherches anatomico-pathologiques sur la hernie crurale. Paris, 1826, in-4°, fig., br. 2 fr. 50 c.

MARCEL DE SERRES. Essai sur les Cavernes à ossements et sur les causes qui les y ont accumulés; 3e éd., 1838, 1 vol. in-8. 7 fr.

MARCHANT (L). Recherches sur l'action thérapeutique des eaux minérales avec une carte thermale des Pyrénées. 1832. 1 vol. in-8. 8 fr.

MARCHESSAUX. Nouveau Manuel d'**anatomie générale**. Histologie et organogénie de l'homme. (Ouvrage contenant un résumé de tous les travaux faits en France, en Allemagne et en Angleterre, sur la structure, les propriétés, les analyses, l'examen microscopique et le développement des liquides et des solides.) Par M. le docteur *Marchessaux*, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1844, 1 vol. gr. in-18 de 428 pages. 3 fr. 50 c.

MARTIN (Ferdinand). Mémoire sur l'étiologie du pied-bot, suivi du rapport fait à l'Académie royale de médecine, par MM. Breschet, Villeneuve et Cruveilhier. 1839, in-8, et atlas in-4. 3 fr. 50 c.

MARTINET. Manuel de clinique médicale, contenant la manière d'observer en médecine; les divers moyens d'explorer les maladies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, etc., 3e édition revue, corrigée et augmentée. Paris, 1837, 1 vol. in-18, br 4 fr. 50 c.

MARTINET. Traité élémentaire de **thérapeutique médicale**, suivi d'un formulaire, etc. 1 fort vol. in-8 de 640 p. 1837. 6 fr.

MAURY. Traité complet de l'art du dentiste, d'après l'état actuel des connaissances. 3e éd., mise au courant de la science, avec des notes, par Gresset. 1 vol. in 8, et atlas de 42 planches. 1841. 12 fr.

MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DES PAUVRES, Contenant les premiers secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés et les remèdes faciles à préparer et peu chers pour le traitement de toutes les maladies. Nouvelle édition entièrement refondue, 1839, 1 vol. gr. in-18 de 500 pag. environ. 2 fr. 50 c.

MAYOR (de Lausanne). **BANDAGES et APPAREILS A PANSEMENTS,** ou nouveau système de déligation chirurgicale, contenant les moyens simples et faciles de remplacer avec avantage les bandages et la charpie par le mouchoir et le coton; des considérations sur les irrigations continues, les brayers, la chirurgie populaire, les membres artificiels, la résection partielle du pied, les amputations dans les fractures, le compas d'épaisseur; le traitement des fractures par la planchette ou l'hyponarthécie sans obliger les malades de garder le lit; le traitement des gibbosités sans lits mécaniques; l'extension des extrémités dans le cas d'ankylose; une nouvelle manière de traiter les ulcères. *Troisième édition*, augmentée de Mémoires sur les bassins et les pessaires en fil de fer, les fractures de la clavicule, la cure radicale des hernies et le cathétérisme simple et forcé dans les rétrécissements de l'urètre. 1 fort vol. in-8., et atlas in-4., de 16 planches, 1838. 7 fr.

MENIÈRE. Des Vêtements et des Cosmétiques (Thèse de concours pour la chaire d'hygiène). 1837, in-4, br. 3 fr. 50 c.

MENVILLE. de l'âge critique chez les femmes, des maladies qui peuvent survenir à cette époque de la vie, et des moyens de les combattre et de les prévenir. 1840; 1 vol. in-8 br. 6 fr.

MOIROUD. Traité élémentaire de matière médicale ou de pharmacologie vétérinaire, suivi d'un Formulaire pharmaceutique raisonné. 2e édition, corrigée et augmentée. 1843, 1 vol. in-8. 8 fr.

MONGELLAS. Monographie des irritations intermittentes, ou Traité théorique et pratique des maladies périodiques, des fièvres larvées, locales ou topiques, des fièvres pernicieuses, rémittentes, intermittentes, bénignes des auteurs 1839, 2 v. in-8. 14 fr.

MOREAU, professeur d'accouc. à la Faculté de médecine de Paris. **Manuel des sages-femmes**, contenant la saignée, l'application des ventouses, la vaccine, la description et l'usage des instruments relatifs aux accouchements, avec des notes sur plusieurs parties des accouchements (*pour servir de complément aux principes d'accouc. de* BAUDELOCQUE); 1839, 1 vol. in-12 avec fig. 2 fr.

MOREAU (CHRISTOPHE). De la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire, et spécialement dans les pénitentiaires de Philadelphie, d'Auburn, de Genève et de Lausanne (aux États-Unis et en Suisse). 1839, in-8, br. 2 fr.

MOULINIÉ. Considérations cliniques sur les engorgements. 1840; in-8 br. 2 fr.

MOULINIÉ. Le médecin de mer, ou conseils hygiéniques et thérapeutiques à donner aux malades pendant les traversées. 1841. 1 vol. in-8, br. 7 fr. 50 c,

MOULINIÉ. Maladies des organes génitaux et urinaires, exposées d'après la clinique chirurgicale de l'hôpital de Bordeaux. 1839. 2 vol. in-8, fig., br. 12 fr.

MOULINIÉ. Du bonheur en chirurgie, recueil de faits cliniques. 1842; 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

MUNARET. Du médecin des villes et du médecin de campagne, **Mœurs et science**. Seconde édition, entièrement refondue. 1840, 1 beau vol. grand in-18 papier vél., de 550 pag. 3 fr. 50 c.

MUSSET (Hyacinthe). Traité des **maladies nerveuses** ou névroses, et en particulier de la paralysie et de ses variétés, de l'hémiplégie, de la paraplégie, de la chorée ou danse de saint Guy, de l'épilepsie, de l'hystérie, des névralgies internes et externes, de la gastralgie, etc. 1840, 1 vol. in-8. 6 fr.

NAEGELÉ. Manuel d'ACCOUCHEMENT à l'usage des Sages-femmes; traduit de l'allemand par le docteur Pigné, conservateur du musée Dupuytren. 1844, 1 vol. in-12, br. 4 fr.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE,

Par NÉLATON, chirurgien des hôpit. de Paris. 1844-45, 2 v. in-8. 16 fr.

OLLIVIER (C. d'Angers). Essai sur le traitement rationnel de la descente de l'utérus, et les affections les plus communes de cet organe (lu le 9 septembre 1838 à la société de Médecine d'Angers). 1842, in-8, br. 2 fr.

OTTERBURG. Lettres sur les ulcérations de la matrice (métro-elkoses), et leur traitement 1839, in-8. 2 fr.

PADIOLEAU. Traité de la **gastrite** et du régime alimentaire dans les maladies aiguës et chroniques des organes de la digestion, suivi d'un mémoire sur l'emploi du musc dans la pneumonie et les constitutions médicales. 1842; 1 vol. in-8 br. 5 fr.

PARCHAPPE. Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale. 1839, in 8, br. 2 fr.

PARCHAPPE. Traité théorique et pratique de la folie. *Observations particulières et documents nécroscopiques.* 1841, 1 vol. in-8. 7 fr.

PARCHAPPE. Recherches sur l'ENCÉPHALE, sa structure, ses fonctions et ses maladies. 1er *Mémoire*, sur le volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme. 2e *Mémoire*, sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale. 1836-38, 2 vol. in-8. 7 fr.

Le second Mémoire se vend séparément. 3 fr. 50 c.

PASTA (DE BERGAME). Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes, et des accidens relatifs aux flux de l'utérus qui succèdent à l'accouchement; traduit de l'italien avec des notes; par J. L. ALIBERT. Paris, an 8, 2 vol. in-8, br. 9 fr.

PAULY. Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc faites à l'hôpital de la Pitié. 1836, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

PAYEN et CHEVALLIER. Traité élémentaire des **réactifs**, leurs préparations, leurs emplois spéciaux, et leur application à l'analyse, par M. A. PAYEN, membre de l'Institut, et par M. A. CHEVALLIER, professeur-adjoint à l'Ecole de pharmacie de Paris, *troisième édition*, augmentée d'un supplément contenant les nouvelles recherches faites; 1° sur l'Arsenic, à l'aide de l'appareil de Marsh, des modifications de cet appareil, avec les rapports des Académies Royales des Sciences et de Médecine; 2° sur l'Antimoine; 3° sur le Plomb; 4° sur le Cuivre; 5° sur le Sang; 6° sur le Sperme. 3 vol. in-8° de 1,250 p. avec 5 pl. représentant 60 sujets et 19 figures intercalées dans le texte. 1841. 9 fr.

On vend séparément le *supplément* par M. A. Chevallier. 1 vol. in-8. de 224 pages avec figures. 1841. 2 fr. 50 c.

PELLETAN. Traité élémentaire de physique, générale et médicale. par P. PELLETAN, professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris; 3e édition. 1838; 2 vol. in-8, avec fig. 14 fr.

PELLETAN père. Observation sur un ostéosarcome de l'humérus, simulant un anévrisme. Paris, 1815, in-8, figures. 1 fr. 25 c.

PELLETAN (Jules). Des principales formes de la pneumonie, 1838, in-8. 1 fr. 25 c.

PERCY. Manuel du chirurgien d'armée, ou instructions de chirurgie militaire, sur le traitement des plaies d'armes à feu, avec la méthode d'extraire de ces plaies les corps étrangers. 1830, in-12, fig., br. 2 fr. 50 c.

PERCY. Pyrotechnie chirurgicale, ou l'art d'appliquer le feu en chirurgie. Paris, 1811, in-12, fig., br. 3 fr.

PEREYRA. Du traitement de la phthisie pulmonaire; quelques Réflexions sur les phthisiques observés à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. 1843, in-8, br. 2 fr.

PÉRIER. De l'infection palustre en Algérie. 1844, in-8, br. 1 fr. 50 c.

PERRÈVE. Des rétentions d'urine et des rétrécissements organiques de l'urètre. Paris, 1836, in-8, br. 2 fr.

PÉTÉTIN. Electricité animale, prouvée par la découverte des phénomènes physiques et moraux de la catalepsie hystérique et de ses variétés, et par les bons effets de l'électricité artificielle dans le traitement de ces maladies. 1808; 1 vol. in-8 br. 6 fr.

PETIT (de l'île de Ré). La syphilis connaît-elle pour cause un principe spécifique, ou n'est-elle que le résultat de l'irritation? Les moyens antiphlogistiques doivent-ils, dans tous les cas, être préférés au mercure dans le traitement de cette maladie, et la guérissent-ils d'une manière aussi sûre? Discussion à ce sujet. 1830, in-8 br. 1 fr. 50 c.

PEYRÉ. Traité du strabisme et de sa cure radicale par la section musculaire, contenant des expériences nouvelles sur la division des muscles orbitaires chez les animaux vivants, et de nouvelles applications de la myotomie oculaire à la Guérison du nystagme, de la myopie, de l'amaurose par rétraction musculaire, de l'ophthalmokopie, de l'obscurcissement de la cornée nécessitant l'opération de la pupille artificielle. 1842, in-8, br. 3 fr.

PERSON. Eléments de **physique**, par Person, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, agrégé de l'université, professeur de physique et de chimie au collége royal de Rouen, etc. 1836, 1841, 2 vol. in-8 de 1210 pages, avec un atlas in-4 de 675 fig. 12 fr.

PETIT (J.-L.). Traité des maladies des os, dans lequel on a représenté les appareils et les machines qui conviennent à leur guérison. Nouv. éd., revue et augm. par Louis. 1785, 2 v. in-12, fig. 4 fr.

PIGEAIRE. Puissance de l'électricité animale, ou du magnétisme vital et de ses rapports avec la physique, la physiologie et la médecine. 1839, in-8, br. 5 fr.

PIORRY. De l'irritation encéphalique des enfants, ou Considérations sur les causes, les symptômes et le traitement de la maladie désignée successivement sous les noms *de convulsions internes*, *de fièvre cérébrale*, *d'hydrocéphale aiguë*, *d'arachnoïde*, etc. Paris, 1823, in-8, br. 2 fr. 50 c.

PIORRY. Clinique médicale des hôpitaux de la Pitié et de la Salpêtrière, contenant le compte-rendu de la clinique de la faculté de médecine de Paris; recherches sur les causes occasionnelles et sur la nature de l'entérite typhoïde; mémoires sur la pneumonie hypostatique, sur les causes occasionnelles du choléra, sur l'ophthalmie palpébrale, sur les névralgies et leur traitement, sur la nature et le traitement de plusieurs névroses, sur l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes, sur les accidents cérébraux qui surviennent dans l'érysipèle de la face; sur cette question; quelle part à l'inflammation dans la production des maladies dites organiques? 1835, 1 vol. in-8. 6 fr.

PIORRY. Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la **percussion médiate**, accompagné de mémoires sur la circulation, les pertes de sang, le sérum du sang,

la respiration, l'asphyxie, la strangulation, la submersion, la langue considérée sous le rapport du diagnostic, l'abstinence, la migraine, etc. 1835, 1 fort vol. in-8. 6 fr.

POLINIÈRE. Études cliniques sur les émissions sanguines artificielles. (Ouvrage qui a remporté le prix proposé par la Société de médecine de Marseille). Paris, 1827, 2 vol. in-8. 12 fr.

POTTON. De la prostitution et de ses conséquences dans les grandes villes, dans la ville de Lyon en particulier, de son influence sur la santé, le bien-être, les habitudes de travail de la population ; des moyens d'y remédier (ouvrage couronné en 1841 par la Société de médecine de Lyon) ; par *Potton*, médecin en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. 1841; 1 vol. in-8. 6 fr.

POUPIN. Caractères phrénologiques et physiognomoniques des Contemporains les plus célèbres, selon les systèmes de Gall, Spurzheim et Lavater, avec des remarques biographiques, historiques, physiologiques et littéraires, et 37 portraits, lithographiés d'illustrations contemporaines. Paris, 1837, 1 fort vol. in-8. 10 fr.

PRAVAZ. Mémoire sur l'application de la gymnastique au traitement des maladies lymphatiques et nerveuses et au redressement des difformités. Paris, 1837, in-8. 1 fr. 50 c.

PRAVAZ. Mémoire sur l'emploi du bain d'air comprimé, associé à la gymnastique dans le traitement du rachitisme, des affections strumeuses et des surdités catarrhales, suivi d'un rapport approuvé par la Société de médecine de Lyon, 1840, in-12. 1 fr. 50 c.

PRAVAZ. Deuxième mémoire sur l'emploi du bain d'air comprimé dans le traitement du rachitisme, des affections strumeuses, spasmodiques et des surdités catarrhales. 1841. in-8 br. 1 fr. 50 c.

PRAVAZ. Méthode nouvelle pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale, précédée d'un examen critique des divers moyens employés par les orthopédistes modernes. Paris, 1827, 1 vol. in-8, avec 4 planches. 4 fr.

QUETELET. Positions de physique, ou résumé d'un Cours de physique générale. 1834. 3 vol. in-18. 7 fr.

RACIBORSKI. Précis pratique et raisonné du **diagnostic**, contenant l'inspection, la mensuration, la palpation, la dépression, la percussion, l'auscultation, l'odoration, la gustation, les réactifs chimiques, l'interrogation des malades, la description des maladies de la peau, de la bouche, de la gorge, des parties génitales, des altérations du sang, des affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire, etc. 1837, 1 fort vol. grand in-18 de 970 pages. 7 fr.

RAMBAUD. Traité élémentaire d'anatomie générale, descriptive et physiologique. 1842. 1 vol. in-8 de 500 pages. 6 fr.

RAPPORT CONFIDENTIEL SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL et sur la conduite récente de l'Académie royale de médecine, adressé à la congrégation de l'Index, et traduit de l'italien du R. P. Scobardi. 1 vol. in-8, br. 1839. 2 fr. 25 c.

RAYMOND. Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir ; nouv. édit. avec des notes, par GIRAUDY. 1816, 1 vol. in-8. 5 fr.

REGNIER. De la pustule maligne, ou nouvel exposé des phénomè-

nes observés pendant son cours, suivi du traitement antiphlogistique le plus approprié à sa véritable nature, 1829, in-8, br. 4 fr.
REQUIN. Notice médicale sur Naples. Br. in-8, 1833. 1 fr. 25 c.
REQUIN. Des purgatifs et de leurs principales applications. (Thèse pour le concours de matière médicale.) 1839, in-8, br. 2 fr.
REQUIN. Des prodromes dans les maladies. (Thèse de concours pour la chaire de pathologie interne.) 1840, in-8, br. 1 fr. 50 c.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICALE,
Par REQUIN, médecin des hôpitaux de Paris. 1843-45, 2 v. in-8. 16 fr.

RÉSIMONT. Le Magnétisme Animal considéré comme moyen thérapeutique; son application au traitement de deux cas remarquables de névropathie. 1843. 1 vol. in-8. 5 fr.
REYBARD. Mémoire sur la cure des anus contre nature par l'incision des parois adossées des bouts d'intestins, in-8, br. 1 fr. 50 c.
RICARD. Traité théorique et pratique du **magnétisme animal**, ou Méthode pour apprendre à magnétiser. 1841, 1 vol. in-8. 6 fr.
RICARD. Physiologie et Hygiène du **magnétiseur**; *régime diététique du magnétisé*; Mémoires et Aphorismes de Mesmer, avec des notes. 1844, 1 vol. grand in-18, de 456 pages. 3 fr. 50 c.
RICHARD (de Nancy). Traité pratique des **maladies des enfants** considérées dans leurs rapports avec l'organogénie et les développements du jeune âge. 1839, 1 fort vol. in-8. 8 fr.
RICHARD (de Nancy). Traité de l'éducation physique des enfants, à l'usage des mères de famille et des personnes dévouées à l'éducation de la jeunesse. 1843, 1 vol. grand in-18, de 344 pages. 4 fr.
RIGOT, chef des travaux anatomiques de l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort. ANATOMIE DES RÉGIONS DU CHEVAL, considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire. 1828, 1 vol. in-folio, avec 6 belles planches, cart. 6 fr.
RILLIET et BARTHEZ. Traité clinique et pratique des **maladies des enfants**, par MM. les docteurs *Rilliet* et *Barthez*, anciens internes de l'hôp. des Enfants malades. 1843, 3 forts vol. in-8. 21 fr.
ROBERT (A.). Des anévrismes de la région sus-claviculaire (thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale), par M. *Robert*, chirurgien de l'hôpital Beaujon. 1842, in-8 de 134 pages avec une planche d'anatomie chirurgicale. 3 fr.
ROBERT (A.). Mémoire sur l'inflammation des follicules muqueux de la vulve (lu à l'Académie royale de médecine le 2 septembre 1840). 1841, in-8, br. 1 fr. 25 c.
ROUX (GASP.). Histoire médicale de l'armée en Morée pendant la campagne de 1828. Paris, 1829, in-8, br. 4 fr.
RUFZ. Quelques recherches sur les symptômes et sur les lésions anatomiques de l'affection décrite sous les noms d'*hydrocéphale aiguë*, *fièvre cérébrale*, *méningite*, *méningo-céphalite*. 1835, in-4, b. 1 f. 50 c.
SALACROUX. Nouveaux éléments d'**histoire naturelle**, comprenant la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie, 1 fort vol. grand in-18, de 1070 pages, avec 48 pl. gravées sur acier, et représentant 450 fig.; par M. le docteur SALACROUX,

professeur d'histoire naturelle au collége royal de Saint-Louis. (*Ouvrage adopté par le Conseil royal de l'instruction publique pour l'enseignement de l'histoire naturelle dans les colléges et écoles normales primaires.*) 1839, 2e édition. 7 fr.

SALACROUX. Nouveaux éléments d'**histoire naturelle**, comprenant la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie. 2 forts volumes in-8 de 1500 pages, avec 48 planches gravées sur acier et représentant 450 fig. Paris, 1839. 17 fr.

Le même ouvrage, fig. color. 40 fr.

Cette édition in-8 a été faite concurremment avec la deuxième édition in-18. De plus, comme on a été moins gêné par le défaut d'espace, on a conservé tous les passages qu'on a été obligé de supprimer dans l'in-18. Enfin, on a ajouté plusieurs détails qu'on avait été forcé d'omettre complétement dans le format in-18, à cause de l'âge des élèves auxquels ce dernier est destiné.

SANSON. Traité de la cataracte, publié d'après ses leçons par ses élèves, MM. les docteurs Bardinet et Pigné. 1842, in 8, br. 1 fr. 50 c.

SAUCEROTTE (Constant). Nouveaux conseils aux femmes sur l'âge prétendu critique, ou Conduite à tenir lors de la cessation des *règles;* 3e édition, augmentée de nouvelles considérations sur la première apparition des *règles*, les dérangements de la *menstruation* et sur les *flueurs blanches*. Paris, 1829, in-8, br. 2 fr.

SCARPA. Traité des maladies des yeux, traduit de l'italien, sur la 5e édition, par MM. les docteurs Bousquet et Bellanger. Paris, 1821, 2 vol. in-8, avec fig. 7 fr.

SCHRADER DE BRUNSWICK. De la torsion des artères, traduite du latin, seconde édition augmentée d'un aperçu critique sur quelques procédés récemment imaginés pour obtenir l'oblitération des artères en cas d'anévrisme, sans avoir recours à la ligature; par MM. Amussat et A. Petit. 1834, in-8. 2 fr. 50 c.

SCHWEIGHÆUSER. La pratique des accouchements en rapport avec la physiologie et l'expérience. Paris, 1835, in-8°. 5 fr.

SCRIVE. Traité théorique et pratique des plaies d'armes blanches, à l'usage des chirurgiens d'armée. 1844, in-8, br. 2 fr.

SEGOND. De la gastro-entérite chronique chez les nègres, vulgairement appelée *mal d'estomac* ou *mal de cœur*. 1833, in-8 1 fr. 50 c.

SENAC. Traité des maladies du cœur. Paris, 1783, 2 vol. in-12. 3 fr.

SERINGE. Le petit agriculteur, ou traité élémentaire d'agriculture. 1841, 1 vol. in-18 de 500 pages avec figures. 2 fr.

SERRE. Mémoire sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes. Paris, 1836, in-8, br. 2 fr.

SERRE (d'Alais). Du bégaiement et des effets physiologiques du geste dans l'acte de la parole. Gand, in-8. br. 2 fr. 50 c.

SICHEL. Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, avec le traité théorique et pratique des maladies des yeux de Weller. 1832, 1837, 3 volumes in-8, avec planches coloriées. 18 fr.

SOLAYRES. Dissertation sur l'accouchement terminé par les seules forces de la mère; trad. du latin par le docteur Andrieux (de Brioude). 1842, in-8, br. 2 fr. 50 c.

SPURZHEIM. Observations sur la **folie** ou sur les dérangements des fonctions morales et intellectuelles de l'homme, avec 2 pl. Paris, 1818, in-8. 6 fr.

SPURZHEIM. Essai sur les principes élémentaires de l'éducation. Paris, 1822, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

SOEMMERING. Iconologie de l'organe de l'ouïe; trad. du latin par Rivallié, D. M. P. 1828, in-8, et atlas in-4, de 17 pl. 7 fr.

SYDENHAM. OEuvres de médecine pratique traduites par Jault; nouvelle édition avec des notes, par Baumes. Montpellier, 1816, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

SZOKALSKI. Essai sur les sensations des couleurs, dans l'état physiologique et pathologique de l'œil, mémoire présenté à l'Académie royale des Sciences, 1841, in-8, br. 3 fr. 50 c.

SZOKALSKI. De l'emploi hygiénique et thérapeutique des conserves et des lunettes. 1842, in-8 br. 1 fr. 50 c.

TANCHOU. Recherches sur le traitement médical des Tumeurs Cancéreuses du Sein; ouvrage pratique basé sur 300 observations extraites d'un grand nombre d'auteurs; suivies d'une statistique sur la fréquence de ces maladies et de la discussion de l'Académie royale de médecine sur les tumeurs du sein. 1844, 1 vol. in-8 avec 12 figures. 4 fr. 50 c.

TAVERNIER. Notice sur le traitement des difformités de la taille au moyen de la ceinture à inclinaison, sans lits à extension ni béquilles. 1841, in-8, fig. 2 fr.

TAVIGNOT. Quelques remarques sur les cataractes secondaires. 1843, in-4, br. 1 fr. 50 c.

TERME et MONFALCON. Nouvelles considérations sur les enfants trouvés, suivies des rapports sur l'histoire des Enfants-Trouvés par MM. Benoiston de Chateauneuf et Villemain. Lyon, 1838, in-8, br. 2 fr. 50 c.

THIAUDIÈRE. De l'exercice de la médecine en province et à la campagne, considérée dans ses rapports avec la pratique. 1839, in-8, br. 2 fr.

THOUVENEL. Eléments d'hygiène, publiés par le docteur Ménestrel. 1840. 2 vol. in-8, br. 10 fr.

TOMMASINI. Précis d'une nouvelle doctrine médicale italienne, traduit de l'italien par Vander-Linden. 1822, 1 vol. in-8. 3 fr.

TURNBULL. Traitement de la cataracte et de quelques autres maladies des yeux, sans opérations chirurgicales; traduit de l'anglais par MM. Lusardi et P. Bernard. 1844, in-8 avec fig. 2 fr. 50 c.

UNDERWOOD. Traité sur les ulcères des jambes, précédé de remarques sur le procédé de l'ulcération et l'origine du pus louable; suivi d'une méthode heureuse de traiter certaines tumeurs scrofuleuses, les ulcères des mamelons, les crevasses du sein et les abcès laiteux. Trad. de l'angl. 1744, in-12. 1 fr. 50 c.

VALLIN. Le succès de toute opération chirurgicale dépend autant des soins qui la précèdent et de ceux qui la suivent que de l'opération elle-même; application de ce principe à la guérison de la cataracte. 1843, in-8. 2 fr.

VIGAROUX. Cours élémentaire des maladies des femmes, ou Essai sur une nouvelle méthode pour étudier et classer les maladies de ce sexe. 1801, 2 vol. in-8. 12 fr.

LEÇONS ORALES
DE CLINIQUE CHIRURGICALE,

FAITES A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ,

par M. le professeur **VELPEAU**,

recueillies et publiées par MM. les docteurs JEANSELME et P. PAVILLON.

1840 à 1841. 3 vol. in-8. — 21 fr.

Table des principaux sujets traités dans cet ouvrage.

Tome I. — Généralités de la chirurgie clinique. — Ophthalmies. — Hydrocèle. — Luxations de l'articulation scapulo-humérale. — Cataracte. — Varices et varicocèle. — Introduction de l'air dans les veines. — Traitement de la gonorrhée. — Xérophthalmie. — Anus contre nature.

Tome II. — Manière d'utiliser son temps dans les hôpitaux. — Tumeurs blanches. — Corps étrangers dans les articulations. — Maladies du sein chez la femme. — Des ankyloses. — De la contusion. — Inversion incomplète de la matrice. — Hématocèle. — Fistules vésico-vaginales. — Traitement des fractures surtout par l'appareil inamovible.

Tome III. — Infection purulente. — Crépitation douloureuse des tendons. — Angines. — Procidence de l'anus. — Cancer des lèvres. — Adénite lymphatique. — Abcès de la fosse iliaque. — Nouvelle théorie de la rétraction des doigts. — Erysipèle et ses variétés. — Tumeur scrotale contenant un fœtus. — Fissure à l'anus. — Accidents, suites du cathétérisme — Fistule à l'anus. — Abcès fétides. — Résumé de la clinique chirurgicale pendant 1839-1840, etc.

VIGNES. Traité complet de la dysenterie et de la diarrhée, précédé de l'histoire clinique de ces maladies, suivi de quelques considérations sur la contagion essentielle et sur celle de la dysenterie. Paris, 1825, 1 fort vol. in-8, br. 6 fr.

VILARDEBO. De l'opération de l'anévrisme selon la méthode de Brasdor. Paris, 1831, in-4, br. 3 fr. 50 c.

VOISIN. Du bégaiement, ses causes, ses différents degrés; influence des passions, des sexes, des âges, sur ce vice de prononciation; moyens thérapeutiques pour prévenir, modifier ou guérir cette infirmité. Paris, 1821, in-8, br. 2 fr.

WELLER. Traité théorique et pratique des maladies des yeux, trad. de l'allemand sur la dernière édition, par F.-J. Riester, avec notes par M. Jallat. 1832, 2 vol. in-8, avec 8 pl. col. 10 fr.

ZIMMERMANN. Traité de la dysenterie. 1 vol. in-12. 2 fr. 50 c.

ZIMMERMANN. Traité de l'expérience en général, et en particulier dans l'art de guérir; nouvelle édition. Montpellier, 1818, 3 vol. in 8, br. 10 fr.

ENCYCLOGRAPHIE MÉDICALE,

OU RÉSUMÉ ANALYTIQUE ET COMPLET DE TOUS LES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE PUBLIÉS EN FRANCE,

Répertoire des connaissances médicales et pharmaceutiques;

Par M. le docteur LARTIGUE.

Ce journal paraît le 15 de chaque mois. Le prix annuel est de 20 fr. pour toute la France, et 25 fr. pour l'étranger. Les abonnements datent d'octobre ou d'avril.

Paris. — Imprimerie de Bourgogne et Martinet, rue Jacob, 30.